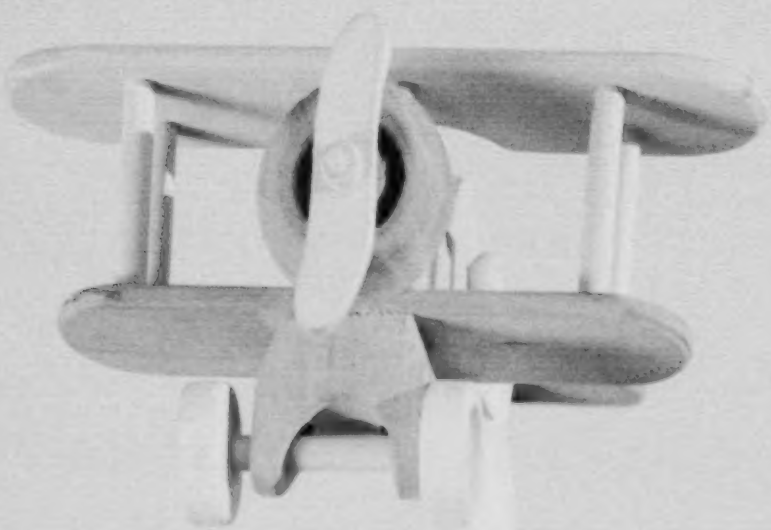
Centre de santé et de services sociaux
de Lac-Saint-Jean-Est

Rapport annuel de gestion et de développement durable 2013-2014



Des gens avec l'accent sur ...

L'AVENIR

Édition produite par le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est

Coordination

M^me^ Marie-Karlynn Laflamme, directrice de la Santé physique et des communications

Édition

M^me^ Marie-Josée Simard, tech. en bureautique à la Direction de la santé physique et des communications

Correction

M^me^ Karine Gagnon, agente d'information à la Direction de la santé physique et des communications
M^me^ Martine Pilote, attachée administrative à la Direction générale

Ce document a été édité en quantité limitée, cependant il peut être téléchargé sur le site Internet de l'établissement à l'adresse : www.santealma.qc.ca

Déposé au conseil d'administration, le 11 septembre 2014

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 1920-5317 (imprimé)
ISSN : 1920-5325 (en ligne)

Centre de santé et de services sociaux
de Lac-Saint-Jean-Est

Des gens avec l'accent... sur la vie!

Table des matières

Glossaire 4
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'établissement et des contrôles afférents 5
Rapport de la direction concernant les états financiers de l'établissement 6
Mot du président et du directeur général 7
Mission 9

SECTION 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 10
1.1 Contexte local 10
1.1.1 Attentes de la population 10
1.1.2 Attentes des partenaires 10
1.1.3 Modes d'information 10
1.2 Nos valeurs 11
1.3 Notre vision 11
1.4 Orientations stratégiques 2012-2015 11
1.5 Offre de service 12
1.6 Autres services 12
1.6.1 Service de recherche 12
1.6.2 Service de soutien 12
1.7 Équipe administrative 13

SECTION 2 : PORTRAIT DE LA MRC DE LAC-SAINT-JEAN-EST ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION 14
2.1 Le territoire 14
2.2 La population 14
2.3 Données socioéconomiques sommaires 14
2.4 État de santé de la population 14
2.5 Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs 15
2.6 Service santé 15
2.7 État de santé globale 16
2.8 État de santé physique 16
2.9 État de santé mentale 17
2.10 Maladies infectieuses 17

SECTION 3 : RAPPORTS DE NOS DIFFÉRENTS COMITÉS CONSEIL 18
3.1 Conseil d'administration et ses comités 18
3.1.1 Conseil d'administration 18
3.1.2 Comités du conseil d'administration 18
3.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 19
3.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII) 21
3.4 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) 22
3.5 Comité des usagers 22
3.6 Conseil multidisciplinaire 23
3.7 Comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services 24
3.7.1 Suivi aux recommandations du coroner 24
3.8 Comité de gestion des risques et de la qualité 25
3.8.1 Mesures de contention 25
3.9 Prévention et contrôle des infections 26
3.9.1 Comité de prévention et contrôle des infections 26
3.10 Comité local des actifs informationnels 27
3.11 Comité local d'éthique clinique (CLEC) 27

SECTION 4 : SUIVI À LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2013-2014 29

SECTION 5 : RAPPORT DE GESTION 37
5.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2013-2014 37
5.2 Application de la Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire 2013-2014 et la réduction de la dette 40

SECTION 6 : RAPPORTS D'ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 41
6.1 Rapport d'activités administratives 41
6.1.1 Ressources matérielles 42
6.1.2 Performance clinique et administrative 42
6.1.3 Accueil, Archives et Téléphonie 42
6.1.4 Effectifs de l'établissement 43
6.2 Rapport d'activités soins et services 44
6.2.1 Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne 44
6.2.2 Direction des réseaux de services santé mentale et famille-enfance-jeunesse 50
6.2.3 Direction des soins infirmiers, services multidisciplinaires, programme SAPA et déficience 53
6.2.4 Direction de la santé physique et des communications 56
6.2.5 Unité de médecine familiale 61
6.3 Statistiques complémentaires 62
6.3.1 Activités de soins de 1re ligne 62

SECTION 7 : RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET DU MÉDECIN EXAMINATEUR 63

SECTION 8 : RAPPORT DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 64

SECTION 9 : RAPPORT FINANCIER 65

ANNEXE 1 : Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma 72
ANNEXE 2 : Liste des bénévoles au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est 73
ANNEXE 3 : Liste des membres du CMDP 74
ANNEXE 4 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 76

Glossaire

ACETDQ	Association des centres d'écoute téléphonique du Québec
AIME	Accent individualisé sur le mieux-être
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APES	Association des pharmaciens des établissements de santé
ASI	Assistante supérieure immédiate
ASSS	Agence de la Santé et de Services sociaux
ATP	Assistant technique en pharmacie
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CCGC	Comité consultatif en gestion du changement
CCS	Comité de coordination stratégique
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CEIIA	Comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIC	Centre d'investigation clinique
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CLEC	Comité local d'éthique clinique
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CR	Clinique réseau
CRAIP	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSC	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DBMI	Déchets biomédicaux infectieux
DCI	Dossier clinique informatisé
DP	Déficience physique
DQSA1L	Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne
DRFMI	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles
DRSMFEJ	Direction des réseaux de services santé mentale et Famille-enfance-jeunesse
DSISM-SAPA-D	Direction des soins infirmiers, des services multidisciplinaires soutien à l'autonomie de la personne âgée et déficience
DSP	Direction des services professionnels
DSPC	Direction de la santé physique et des communications
FEJ	Famille-enfance-jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
ÉVAQ	Évacuation aéroportée du Québec
GIIS	Guide d'intervention Info-Social
GMF	Groupe de médecine familiale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRM	Imagerie par résonance magnétique.
L.R.Q.	Lois refondues du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'éducation du loisir et du sport
MDJ	Médecine de jour
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PEL	Prééclampsie légère
PCI	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
PMO	Plan de main-d'oeuvre
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RAC	Ressource à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RPA	Résidence pour personne âgée
RQC	Registre québécois de cancer
RSAI	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Résidence de type familial
RTG	Remplacement total du genou
RTH	Remplacement total de la hanche
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
SCAS	Système centralisé d'addition au soluté
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Suivi d'intensité variable
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SM	Santé mentale
SMI	Santé maternelle et infantile
SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
SSC	Services de santé courants
TMC	Trajectoire des maladies chroniques
TPO	Temps partiel occasionnel
TRF	Test de réactivité fœtale
UGA	Unité de gériatrie active
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VLAN	Virtual local Area Network

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'établissement et des contrôles afférents

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion et de développement durable ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du présent rapport de gestion et de développement durable de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est :

- **décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;**
- **présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;**
- **présentent des données exactes et fiables.**

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion et de développement durable, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Le directeur général,

Camil Dion

Rapport de la direction concernant les états financiers de l'établissement

Les états financiers du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion et de développement durable concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

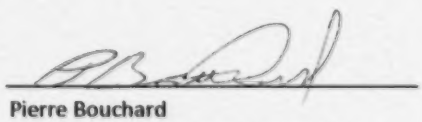
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thorton dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thorton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Camil Dion
Directeur général



Pierre Bouchard
Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles

Mot du président et du directeur général

Le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est n'échappe pas, à l'instar des autres CSSS de la province, à la pression constante exercée sur son offre de service par les besoins émergents et grandissants de la population ainsi que par les restrictions budgétaires imposées.

Malgré tout, force nous est de constater que l'année 2013-2014 a été remplie de réalisations positives, teintées des efforts d'optimisation et de réorganisation mis de l'avant par plusieurs équipes, guidées par le souci d'améliorer la performance tant financière que clinique de notre établissement de santé. C'est ainsi que la réputation enviable de notre CSSS fait encore écho au-delà de notre territoire, portée par les ambassadeurs que sont ses employés, gestionnaires, médecins, bénévoles et administrateurs.

C'est d'ailleurs grâce à la collaboration de tous que nous déposons encore une fois cette année, un bilan financier positif et que nous avons obtenu des résultats plus que satisfaisants à l'entente de gestion établie avec l'Agence de la santé et des services sociaux régionale.

Amélioration de la qualité de vie de nos résidents

Le rapport d'une visite d'appréciation de la qualité du Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juillet 2013 relevait plusieurs défis à surmonter afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui y habitent. C'est ainsi que de nombreux efforts ont été consentis toute l'année pour faire de l'ensemble de nos CHSLD des milieux de vie plus stimulants et agréables. De plus, des projets d'immobilisation importants ont vu le jour dans deux de nos trois CHSLD. Ayant pour objectifs d'améliorer les espaces privés et communs de nos résidents, des activités de rénovations majeures sont toujours en cours afin d'améliorer les espaces voués à la production et à la prestation de services alimentaires, d'augmenter le nombre de chambres privées disponibles et d'accroître le nombre de places offertes dans le secteur Alma.

Une organisation efficace de la première ligne

En branle depuis plus de cinq ans, notre projet de réorganisation des services de première ligne a connu des avancées majeures cette année en ce qui a trait à la concrétisation de partenariats avec plusieurs cliniques médicales du territoire qui consistent à accueillir des professionnels de première ligne en leurs murs. Ainsi, des travailleurs sociaux, nutritionnistes et autres professionnels sont en mesure de rencontrer des usagers à même la clinique de leur médecin de famille. Il s'agit d'un gain d'accessibilité important et d'une consolidation considérable d'acteurs oeuvrant au sein d'un même continuum de soins. Dans un autre ordre d'idées, des démarches visant à connaître nos grands consommateurs de services se sont poursuivies cette année afin de permettre à ces personnes d'intégrer un continuum de soins répondant davantage à leurs besoins, au moment opportun, et de les outiller pour leur permettre de prendre en charge adéquatement leur santé.

Diminuer la durée de séjour hospitalier de nos usagers

Les travaux d'optimisation de nos ressources tant humaines que financières présentent des opportunités intéressantes pour revoir les façons de faire actuelles. Ainsi, un projet de suivi systématique pour toutes les personnes ayant subi un remplacement de genou ou de hanche a donné des résultats plus que satisfaisants alors que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour ces patients est passée de 7 à 4 jours. La réussite d'un tel projet nous permet de croire que les prochaines années seront riches en innovations qui permettront à nos équipes de repenser les modes de prestation de soins et services en fonction des besoins de nos usagers et en misant encore davantage sur le travail de collaboration et la continuité de nos services.

Prêts pour le projet de réaménagement de l'urgence et des cliniques externes spécialisées

Le mois de juin marquait l'ouverture de notre stationnement à étage, première étape de notre grand projet de réaménagement ainsi que le début de sa seconde étape soit l'annonce officielle de l'octroi du budget nécessaire à sa concrétisation. L'année fut donc ponctuée de nombreuses rencontres de travail et de préparation avec les équipes médicales, des installations matérielles et des unités touchées afin de finaliser les plans et devis et de procéder aux appels d'offres pour les professionnels et l'entrepreneur général. Tout porte à croire que nous verrons bientôt s'ériger sur le terrain de l'hôpital, un nouveau bâtiment déjà bien rempli de toute l'expertise des équipes qui l'animeront.

En terminant, à vous tous, employés, gestionnaires, médecins, bénévoles et administrateurs, permettez-nous, encore une fois cette année, de vous remercier de maintenir le cap sur la qualité des soins et services malgré l'optimisation et l'intensité des activités.

Votre engagement permet à 52 000 personnes d'accéder à ce qu'il y a de mieux en matière de soins de santé et de services sociaux, et ce, à même leur MRC!

Le président du conseil d'administration

Patrice Saint-Pierre

Le directeur général,

Camil Dion

Mission

Le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est, de par sa responsabilité populationnelle, s'inscrit comme acteur majeur au cœur d'un réseau local de services, constitué de différents partenaires travaillant au développement de la communauté. Il a comme objectif de coordonner et d'offrir les soins de santé et de services sociaux nécessaires au bien-être de sa population. L'offre de service est adaptée, diversifiée, sécuritaire et de qualité pour permettre à la population de maintenir, d'améliorer ou de restaurer sa santé physique et psychosociale.

Pour y arriver, le personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est évoluent au sein de trois missions d'établissement soit :

La mission CLSC, au sein de laquelle les activités de santé publique sont réalisées en plus de la prestation des services sociaux et soins de santé courants offerts en 1re ligne;

La mission hospitalière, consacrée à la courte durée et basée sur des services diagnostiques et la prestation de soins médicaux généraux et spécialisés;

La mission de soins de longue durée, qui offre de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut.

SECTION 1 : Présentation de l'établissement

1.1 Contexte local

1.1.1 Attentes de la population

Au mois de mars 2011, nous avons invité la population et les élus des Secteurs Centre, Nord et Sud à nous faire part de leurs préoccupations et commentaires à propos de l'organisation des soins de santé et de services sociaux sur le territoire. Suite à une présentation portant sur l'état de santé de notre population et sur les soins et services disponibles, nous avons récolté les commentaires des personnes présentes.

Le vieillissement de la population et l'adaptation des services à cette problématique émergente sont au cœur des préoccupations de nos communautés. L'hébergement, l'attente de service et l'offre de service en centre de jour sont autant de défis pour lesquels nous devons trouver une réponse. Le maintien des services de proximité dans les communautés Nord et Sud, les problèmes de dépendance et la hiérarchisation des services en déficience ont également fait l'objet de discussions.

1.1.2 Attentes des partenaires

Nous avons invité plus de 150 partenaires à répondre à un court questionnaire visant à connaître les principaux enjeux auxquels ils sont confrontés, ainsi que leurs attentes quant au développement des soins de santé et des services sociaux sur le territoire de Lac-Saint-Jean-Est.

Une trentaine de partenaires ont répondu à l'appel. Leurs attentes sont au diapason avec celles de la population : développer et adapter nos services en fonction des besoins de la population vieillissante, communiquer et collaborer avec l'ensemble de nos partenaires, miser sur la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, adapter nos soins et services aux besoins de nos communautés rurales et mettre en place des mesures de recrutement, de rétention et de formation de notre main-d'œuvre. Le développement d'une trajectoire de soins palliatifs, l'amélioration des processus de référence partenaires-CSSS, l'accessibilité médicale en milieu rural et le soutien des proches aidant sont des enjeux qui ont également été soulevés à plusieurs reprises.

1.1.3 Modes d'information

Le CSSS actualise fréquemment son site Internet pour permettre à la population d'avoir accès à une information de qualité et à jour. Par ailleurs, une culture de relations publiques transparentes est bien implantée au sein de l'équipe de gestion. Ainsi, les médias locaux et régionaux offrent une couverture abondante de l'actualité inhérente à l'établissement et la population s'en voit bien informée.

Nos usagers sont invités à nous faire part en continu de leurs commentaires et suggestions dans l'objectif d'améliorer nos soins et services. Certains départements proposent des sondages de satisfaction à la clientèle et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est interpellée au besoin. Les dates des séances publiques du conseil d'administration sont publiées à l'avance pour permettre aux personnes qui le souhaitent de s'y présenter. De plus, de nombreux gestionnaires et intervenants sont impliqués au sein de diverses tables de concertation locale, lieux de prédilection pour entendre les attentes des partenaires et de la population en ce qui a trait au développement de notre offre de service.

Cette année, le conseil d'administration a formé le comité de relations avec la communauté dont le mandat consiste à conseiller l'établissement en matière de communication aux différents publics externes et à assurer la vigie du processus de planification stratégique. Le comité a incidemment amorcé les travaux en ce qui a trait au nouvel exercice de planification stratégique et à l'organisation des différentes séances de bilan et de consultation pour lesquelles population et partenaires seront invités à participer.

1.2 Nos valeurs

Les valeurs organisationnelles façonnent l'accomplissement de notre mission d'organisation. Elles constituent des points de repère essentiels à la mobilisation de tous, autour de nos objectifs communs. Elles orientent naturellement le savoir-être et savoir-faire de la majorité de nos employés, médecins et bénévoles. Les valeurs retenues influencent de façon significative les actions quotidiennes de toutes les composantes de l'organisation tant administratives que cliniques. Au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, nos principales valeurs sont : **le respect, l'intégrité, l'engagement, la collaboration, la transparence et la cohérence**.

1.3 Notre vision

Le CSSS de Lac-Saint-Jean-Est offre des soins de santé et des services sociaux accessibles, continus et de qualité correspondant à chacune des étapes de la vie de ses usagers. Il se distingue par sa capacité d'innover et de s'adapter aux besoins de sa population en concertation avec l'ensemble des partenaires du réseau local de services.

Comme établissement nous désirons :

- Offrir à la population que nous desservons des soins et des services sécuritaires, de proximité et diversifiés, soutenus par des équipements et des installations modernes et adaptés;
- Intégrer l'usager dans la mise en œuvre de son plan d'intervention;
- Participer activement au développement durable de notre communauté;
- Se démarquer comme employeur de choix auprès de notre personnel et mettre de l'avant des stratégies de rétention et de recrutement novatrices;
- Impliquer les médecins et le personnel dans la prise de décisions cliniques et administratives en prônant le principe de subsidiarité, le travail d'équipe et le mode de gestion participatif;
- Consolider et développer des ententes de collaboration avec nos partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, communautaires, intersectoriels et socioéconomiques pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population.

1.4 Orientations stratégiques 2012-2015

Adoptée par le conseil d'administration le 14 décembre 2011, les enjeux et orientations qui composent notre planification stratégique 2012-2015 sont en cohérence avec ceux élaborés par l'Agence de la santé et des services sociaux régionale. Nous sommes confiants de pouvoir atteindre les résultats escomptés, comme nous inscrivons nos efforts dans la foulée de ceux des autres établissements du réseau de la santé et de services sociaux et de nos partenaires provenant de tous les milieux. Effectivement, bien que notre objectif premier soit de satisfaire avant tout aux besoins de soins et services de notre population, nous sommes conscients que l'accomplissement de notre mission repose sur la force de la collaboration développée avec l'ensemble de ceux-ci.

L'année 2013-2014 marque les derniers mois pour procéder à la réalisation des objectifs de notre planification stratégique. Le conseil d'administration, par le biais du comité de relations avec la communauté, travaille déjà à préparer le bilan et les consultations à venir. La section 4 du présent rapport annuel détaille les orientations stratégiques de l'établissement et fait état de l'avancement des actions reliées aux 7 enjeux dégagés.

1.5 Offre de service

Dans l'objectif de répondre aux besoins de santé et de services sociaux de sa population, le CSSS propose l'offre de service suivante :

- **Bloc opératoire;**
- **Cliniques externes et spécialités médicales;**
- **Hébergement et soins de longue durée;**
- **Hospitalisation en santé physique et santé mentale;**
- **Laboratoires et centre de prélèvements;**
- **Imagerie médicale;**
- **Nutrition, réadaptation, audiologie et inhalothérapie;**
- **Obstétrique et périnatalité;**
- **Pharmacie;**
- **Santé au travail;**
- **Santé mentale (adultes);**
- **Santé publique et préventive;**
- **Service régional Info-Santé et Info-Social;**
- **Services alternatifs à l'hospitalisation;**
- **Services généraux et psychosociaux pour la clientèle jeunesse/enfance/famille;**
- **Services sociaux généraux**
- **Soutien à domicile;**
- **Unité de médecine familiale (UMF d'Alma);**
- **Urgence et soins critiques.**

Des ententes de partenariat et de collaboration ont cours avec de nombreux partenaires provenant du réseau de la santé et des services sociaux ou encore du réseau local de services pour pallier aux soins et services qui ne font pas partie de l'offre du CSSS.

1.6 Autres services

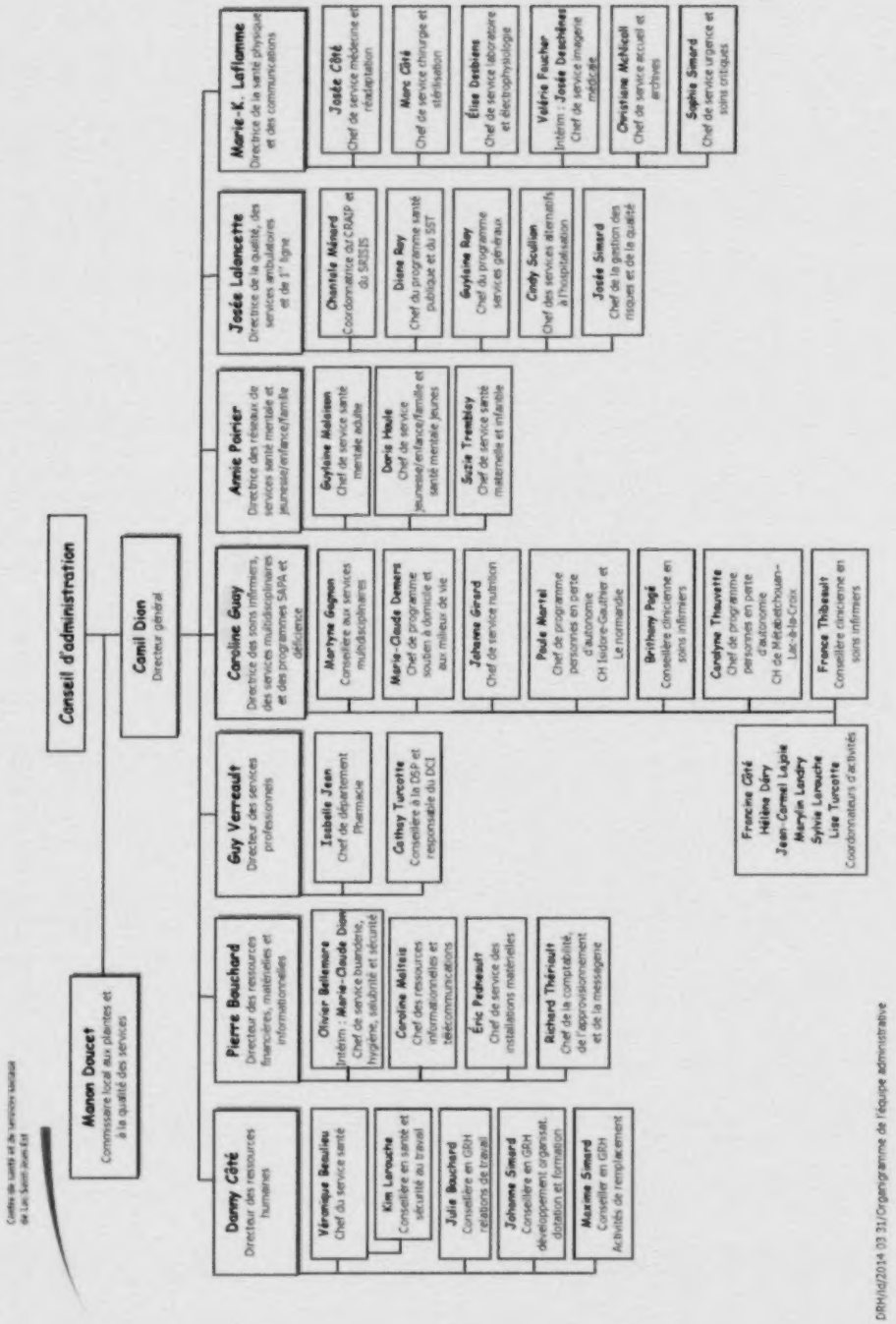
1.6.1 Service de recherche

Le CSSS est responsable d'un mandat provincial visant, entre autres, l'élaboration de guides d'intervention et d'outils professionnels bilingues destinés aux intervenants du Service régional Info-Santé et Info-Social – volet social, et ce, par l'entremise du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). Le CRAIP conçoit et offre également un programme de formation, à l'échelle provinciale, destiné aux intervenants du volet social et agit à titre de conseiller au ministère de la Santé et des Services sociaux.

1.6.2 Services de soutien

Dans l'objectif d'apporter le support et le soutien nécessaires au bon déroulement des soins et services offerts à la population, le CSSS compte également des services d'accueil et archives, d'hygiène et salubrité, de buanderie, de maintien des installations matérielles, de sécurité, d'alimentation, d'approvisionnements, de ressources informationnelles et de responsabilités administratives diverses.

1.7 Équipe administrative



SECTION 2 : Portrait de la MRC Lac-Saint-Jean-Est et état de santé de la population

2.1 Le territoire

La **MRC de Lac-Saint-Jean-Est** occupe une superficie de **2 709 km²**, dont 1 684 km² sont situés en territoires municipalisés. La MRC possède 1 025 km² de territoires non organisés. Il s'agit d'une superficie relativement petite en comparaison aux autres MRC de la région. Ces territoires non organisés sont situés au sud des municipalités d'Hébertville et de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix. On y retrouve environ 250 chalets de villégiature forestière.

La MRC compte 14 municipalités. La moitié de la population totale de la MRC est établie dans la ville d'Alma. Les 13 autres municipalités se répartissent en catégories allant de 5 000 à moins de 1 000 habitants. [1]

2.2 La population

En 2012, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) estimait la population du territoire du Lac-Saint-Jean-Est à **51 876 individus**.

Selon les données de 2012 publiées par l'ISQ, 21 % de la population a moins de 20 ans, 61 % se situe entre 20 et 64 ans et 18 % est constitué d'individus âgés de 65 ans et plus. Bien que 20,1 % des naissances en région proviennent du territoire de Lac-Saint-Jean-Est, la population a diminué de 3,4 % entre 2000 et 2010. Cette baisse est particulièrement notable dans le groupe des 6-17 ans (- 28 %). Cependant, le groupe des 65 ans et plus a augmenté de près de 35 % au cours de la dernière décennie seulement. De ce fait, la population du territoire devrait diminuer de 0,7 % d'ici 2016, tandis que le groupe des 65 ans et plus représentera 20,1 % de sa population totale.

Le français est la langue le plus souvent parlée à la maison pour 99,4 % de la population du territoire. De plus, l'immigration y est très faible puisqu'elle constitue 0,7 % des individus habitant la MRC.

2.3 Données socioéconomiques sommaires

En 2010, le revenu médian avant impôts des familles de notre territoire se situe à 64 960 $. Toutefois, tel que mentionné dans le Portrait de santé 2012 du territoire de Lac-Saint-Jean-Est élaboré par l'Agence de la santé et des services sociaux régionale, 14 % des adultes de 25 à 64 ans de la MRC vivent sous le seuil du faible revenu. Aussi, plus d'un adulte sur 10 (12 %) déclare vivre l'insécurité alimentaire en raison d'un manque d'argent et 6,6 % de la population adulte est prestataire de programmes d'aide financière de dernier recours.

Par ailleurs, 27 % des adultes se disent proches aidant sur une base régulière, tandis que 23 % des adultes font du bénévolat dans un organisme ou une association en 2012.

2.4 État de santé de la population

Les données qui suivent sont tirées de l'Enquête sur l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean effectuée par la Direction de la santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2009-2013.

---

[1] La MRC Lac-Saint-Jean-Est compte quatorze municipalités. Toutefois, la municipalité de Saint-Ludger-de-Milot est désormais desservie par le CSSS Maria-Chapdelaine selon un redécoupage effectué par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean en 2010.

2.5 Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs

Nouveau-nés

La durée de la grossesse est l'un des facteurs déterminants de la santé des nouveau-nés. Sur le territoire, la proportion des naissances prématurées se situe à 6,1 % (7,5 % pour l'ensemble de la région), ce qui correspond à environ 31 naissances prématurées annuellement. La proportion des femmes sous-scolarisées ayant donné naissance à un enfant entre 2001 et 2005 est de 10,1 % (13,2 % pour le Québec).

Adolescents

Selon les données fournies par la Direction de la santé publique et de l'évaluation, le tabagisme diminue fortement chez les adolescents. La proportion de fumeurs occasionnels et réguliers chez les jeunes fréquentant les écoles secondaires de la région est passée de 30 % en 1997 à 11 % en 2011. En ce qui concerne la consommation d'alcool, 22 % des jeunes du secondaire ont affirmé en avoir consommé au moins une fois par semaine au cours la dernière année et 13 % des jeunes admettent s'être initiés à la consommation d'alcool avant l'âge de 13 ans. Par ailleurs, l'Enquête interrégionale auprès des jeunes du secondaire 2008 (Écobes) révèle que 7 % des jeunes consomment du cannabis au moins une fois par semaine. L'enquête révèle également que 5,4 % d'entre eux sont confrontés à un problème de consommation de drogue ou d'alcool nécessitant une intervention et que 6,8 % présentent un problème émergent.

Par ailleurs, 35 % des adolescents consacrent plus de 10 heures par semaine aux activités sportives, 54 % y consacrent entre 1 et 10 heures et 11 % ne pratiquent aucune activité physique.

Selon Écobes, 24,3 % des filles et 11,8 % des garçons souffriraient de détresse psychologique à l'adolescence.

Finalement, 36 % des adolescents de 14 ans et plus ont déjà eu une relation sexuelle complète. De ces jeunes actifs sexuellement, 61 % utilisent le condom de façon régulière. Selon Écobes, en 2008, 44,9 % des adolescents actifs sexuellement n'utilisaient pas toujours le condom. Un rapport de la Santé publique, déposé en 2010 mentionne que 450 cas de chlamydia ont été dépistés chez ces jeunes et que 50 % du groupe des 15 à 25 ans sont porteurs du VPH.

Adultes

La proportion de fumeurs diminue également chez les adultes et se situe à 18 % en 2012, sur notre territoire. En ce qui a trait à la consommation d'alcool, 26 % des adultes ont une consommation dépassant les seuils hebdomadaires recommandés. Ce comportement s'observe majoritairement chez les 18-34 ans et touche deux fois plus d'hommes que de femmes.

Au niveau des saines habitudes de vie, 14 % de la population adulte considère que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Aussi, 82 % des adultes consomment moins de 7 portions de fruits et légumes par jour. Près du tiers de la population adulte (33 %) est considéré comme sédentaire. Toutefois, 27 % des adultes s'activent quatre fois par semaine ou plus en 2012, comparativement à 21 % en 2000. Sur notre territoire, l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, révèle que 56 % des adultes souffrent d'un surplus de poids dont 17 % sont considérés obèses et 39 % font de l'embonpoint.

2.6 Services santé

Services préventifs

Les données de 2008-2009 indiquent que 70 % des individus de 60 ans et plus ont été vaccinés dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale (l'objectif du MSSS se situe à 60 %). En ce qui a trait au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), 73 % des femmes âgées entre 50 et 69 ans ont passé leur mammographie en 2007-2008.

Services de 1re ligne

Sur le territoire, 93 % des adultes affirment avoir un médecin de famille en 2007. Parmi le 7 % de ceux qui n'en ont pas, 68 % affirment ne pas en ressentir le besoin.

2.7 État de santé globale

En 2012, 13 % des adultes considèrent que leur état de santé est moyen ou mauvais. De plus, 11 % de la population totale du territoire se dit limitée dans au moins une activité en raison d'une incapacité (état physique ou mental qui a duré ou qui est susceptible de durer six mois ou plus).

Par ailleurs, l'espérance de vie a augmenté de façon considérable au cours des trente dernières années et l'écart entre les hommes et les femmes à ce sujet a diminué. Depuis trente ans, l'espérance de vie s'est accrue de 4,2 ans chez les femmes pour atteindre 81,6 ans et de 7,1 ans chez les hommes pour atteindre 78,1 ans.

2.8 État de santé physique

Maladies chroniques

Depuis 2007, on dénote une hausse significative de plusieurs problèmes de santé ou de maladies chroniques. Ces problèmes de santé augmentent de façon importante en fonction de l'âge, mais sont en grande partie évitables par l'amélioration des habitudes de vie.

- L'hypertension artérielle affecte 20 % des adultes : elle touche 35 % des individus qui ont entre 55 et 64 ans et 56 % des personnes âgées de 65 ans et plus;
- Les problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme, affectent pour leur part, 21 % des adultes du territoire;
- La maladie cardiovasculaire touche environ 6 % des personnes âgées de 18 ans et plus;
- L'asthme affecte 10 % des personnes de 18 ans et plus;
- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) touche 4 % des adultes du territoire;
- La hausse de la prévalence du taux d'obésité a un effet sur la hausse de celle du diabète. Ainsi, la prévalence du diabète sur le territoire est passée de 3,7 % en 2000 à 5,1 % en 2012. Cependant, cette augmentation est moins élevée que dans le reste du Québec.

Causes d'hospitalisation

Pour plus ou moins 5000 hospitalisations recensées en 2008-2013, les maladies de l'appareil circulatoire comptent pour 13,3% des causes d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée. Elles sont suivies ex aequo par les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif (11,5 %), les grossesses et accouchements (10,7 %) et les tumeurs malignes (8,7 %).

Cancers

Entre 2006 et 2010, une moyenne de 289 nouveaux cas de cancer ont été recensés chaque année à Lac-Saint-Jean-Est. En 2013, chez l'homme, l'incidence du cancer de la prostate domine, suivie par le cancer du poumon, du côlon et rectum. Chez la femme, l'incidence du cancer du sein domine, suivie par le cancer du poumon et celui du côlon et rectum. Ces types de cancer comptent pour 56 % de tous ceux recensés.

Principales causes de décès

Les tumeurs malignes sont la principale cause de mortalité et comptent pour 34 % des décès. Les maladies cardiovasculaires arrivent au deuxième rang avec 26 % des décès. Les autres causes sont les accidents et traumatismes (8,3 %), les maladies respiratoires (8,1 %) et les maladies du système nerveux et des sens (7,2 %).

2.9 État de santé mentale

En 2012, selon l'ISQ, davantage de femmes (25 %) que d'hommes (12 %) se situent dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique. Cette proportion ne varie cependant pas de façon significative en fonction de l'âge.

Près d'un adulte sur quatre estime éprouver un niveau de stress quotidien élevé. On évalue qu'environ une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie. Chez les moins de 20 ans, la prévalence des troubles mentaux a doublé en 10 ans. Cette augmentation est en grande partie due à l'explosion des diagnostics de troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). En 2010-2011, plus d'un jeune sur 7 (15 %) fréquentant une école secondaire de la région, déclare avoir reçu un diagnostic de TDA/H contre 13 % à l'échelle provinciale.

2.10 Maladies infectieuses

Pour les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) recensés sur notre territoire, l'infection génitale à Chlamydia Trachosmatis est la plus fréquente, celle-ci est en hausse depuis 2008 dans 12 régions du Québec.

Pour la campagne de vaccination contre l'influenza, les données fournies par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indiquent que 14 232 personnes ont été vaccinées sur notre territoire, en 2013-2014. La souche la plus présente était la *H1N1* qui était incluse dans le vaccin. Aucune éclosion importante n'a été déclarée.

En 2012-2013, on estime la couverture vaccinale contre l'hépatite B en milieu scolaire offerte à tous les élèves de quatrième année du primaire, à 96 %. Par ailleurs, la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 ans (primovaccination) était d'environ 94 %.

SECTION 3 : Rapports de nos différents comités conseil

3.1 Le conseil d'administration et ses comités

3.1.1. Le conseil d'administration

Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2014

- **Jocelyne Boucher**
- **Robert Charron**
- **Camil Dion, secrétaire**
- **Marie-Claude Dion**
- **Guylaine Dubé**
- **Roch Harvey**
- **Caroline Laberge**
- **Richard Lapointe, vice-président**
- **Régine Lessard**
- **Karine Ménard**
- **Lily Martin**
- **Michel Robitaille**
- **Patrice Saint-Pierre, président**
- **Gilles Simard**
- **Andrée Verreault**
- **Bianka Villeneuve**
- **Laurent Villeneuve**

3.1.2 Comités du conseil d'administration

Comité de vérification

- **Caroline Laberge**
- **Richard Lapointe**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Laurent Villeneuve**

Comité de gouvernance et d'éthique

- **Jocelyne Boucher**
- **Camil Dion**
- **Guylaine Dubé**
- **Régine Lessard**
- **Lily Martin**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Gilles Simard**
- **Andrée Verreault**

Comité relations avec la communauté

- **Jocelyne Boucher**
- **D[r] Robert Charron**
- **Guylaine Dubé**
- **Karine Ménard**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Gilles Simard**

Comité de vigilance et de la qualité

- **Camil Dion**
- **Manon Doucet**
- **Roch Harvey**
- **Patrice Saint-Pierre**
- **Andrée Verreault**

Comité des ressources humaines

- **Marie-Claude Dion**
- **Richard Lapointe**
- **Karine Ménard**
- **Michel Robitaille**
- **Gilles Simard**

Comité de révision

- **D[r] Claude Duchaine**
- **Roch Harvey**
- **D[re] Anny Langevin (substitut)**
- **D[r] Christian Ricard**

Comité d'évaluation du directeur général

- **Jocelyne Boucher**
- **Richard Lapointe**
- **Patrice Saint-Pierre**

3.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2014

- D[r] Michel Guay, président
- D[re] Marie-Claude Gagnon, secrétaire
- D[r] Jean-François Gimaël, trésorier
- Isabelle Jean, B. Pharm., vice-présidente
- D[re] Lisa Pedneault, conseillère
- D[r] Christian Ricard, conseiller
- D[r] Guy Verreault, dir. des services professionnels
- D[r] Philippe Villemure, conseiller
- M. Camil Dion, directeur général

Tous les pouvoirs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont exercés par un comité exécutif. L'exécutif du CMDP se réunit une fois par mois de septembre à juin inclusivement.

Mandat

Les comités du CMDP remplissent différentes fonctions qui ont pour objectif de veiller à la qualité de l'acte médical, pharmaceutique et dentaire dans notre établissement. Le nombre de réunions pour chaque comité est fixé à 8 par année et à 8 réunions pour chaque département.

Principales réalisations

- Intégration d'une équipe de médecins spécialistes en médecine interne avec l'arrivée de 3 internistes;
- Participation à l'élaboration et au déploiement du programme de suivi systématique PTG-PTH;
- Amélioration du consentement éclairé lors de la transfusion des produits sanguins;
- Réactualisation du comité de suivi des ordonnances de traitement d'hébergement;
- Mise à jour des protocoles et règlements suivants :
  - Formulaire : Ordonnances médicales préétablies – Chirurgie orthopédique SP-ORTHO-0200-v00;
  - Formulaire : Requête orthopédique en physiothérapie SP-PHYSIO-0027-v01;
  - Formulaire d'approbation – Ordonnance collective régionale – Initier un traitement contre la pédiculose et en assurer le suivi;
  - Ordonnance collective : Intervention lors d'une réaction transfusionnelle survenant durant la transfusion ou dans les 4 heures suivant la fin de la transfusion (Hémato-1);
  - Ordonnance collective : Surveillance du cœur fœtal par auscultation intermittente pendant le travail (Péri-4);
  - Ordonnance collective régionale : Préparer une usagère pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) au Centre régional de planification familiale (RO2-OC-5);
  - Libération des usagers en postopératoire de la chirurgie d'un jour (Chir-10);
  - Formulaire : Demande de services – Au jardin de mes Anges / Solican SP-GEN-0013-v00;
  - Formulaire : Complexe prothrombique humain (Octaplex) SP-PHAR-0204-v00;
  - Formulaire : Autorisation pour la participation au programme d'auto-administration des médicaments (PAM)- Consentement – SP-PHARM-0044-v00;
  - Formulaire : Collecte de données – Département de pharmacie – SP-PHARM-0193-v00 / Formulaire Collecte de données – pharmacie – UGA – Soins prolongés – SP-PHARM-0194-v00 / Formulaire Programme d'auto-administration *des médicaments (PAM)* – SP-PHARM-0348-v00;
  - Ordonnance collective : Ajustement de la vitesse d'administration des immunoglobulines (gammaglobulines) en fonction du produit à administrer et du poids de l'usager – Hémato-2;
  - Formulaire d'allergie (SI-GEN-0006-v00);
  - Formulaire : Intubation en séquence rapide (SP-PARM-0461-v00);
  - Protocole clinique : Téléthrombolyse;
  - Ordonnance collective : Administrer du Winrho à une femme enceinte Rh négatif ou Rh négatif (D) atypique ou Rh positif (D) atypique et ajuster la dose en fonction du résultat de la recherche d'érythrocytes fœtaux;
  - Formulaire : Protocole d'hypotension orthostatique (SI-GEN-0487-v00).

Liste des sous-comités — Présidents

Comité d'examen des titres	Dr Michel Guay
Comité d'éducation médicale continue	Dre Myriam Bouchard
Comité de pharmacologie	Dr Michel Gagnon
Comité de prévention et contrôle des infections	Dr Michel Guay
Comité de l'évaluation de l'acte	Dr Marc Carrière
Comité de pédiatrie et de périnatalité	Dre Brigitte Carrière
Comité central de décès	Dr Marcel Fortin
Comité des soins de longue durée	Dre Marie Samson
Comité de gériatrie active	Dr Guy Verreault
Comité local de traumatologie	Dre Audrey Villeneuve
Comité des activités sociales	Dr Dany Harvey
Comité de suivi des ordonnances de traitement et d'hébergement	Dr Michel Guay

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a pour fonction de procéder à l'étude du dossier d'un professionnel qui produit une demande pour devenir membre actif, associé ou associé-dépanneur au conseil du CMDP et obtenir un statut et des privilèges de pratique au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est. Le comité d'examen des titres s'est réuni sur une base régulière et ses recommandations ont été acheminées à l'exécutif du CMDP qui par la suite, soumet les candidatures pour acceptation au conseil d'administration.

En date du 31 mars 2014, 4 nouveaux membres actifs et 7 nouveaux membres associés ont été nommés au sein du CMDP dont 1 était membre actif et a demandé le statut de membre associé. Par ailleurs, 2 membres actifs ont cessé leur pratique hospitalière dans notre CSSS.

Comité d'éducation médicale continue

Ce comité fait un travail exemplaire. Au total 13 conférences médicales totalisant 24 heures d'enseignement médical ont été effectuées. Grâce à une cotisation volontaire des médecins de famille, ce comité est autofinancé et se veut indépendant des compagnies pharmaceutiques.

Comité de l'évaluation de l'acte

Chaque département est responsable de l'évaluation médicale des activités de ses membres. Cette année, les sujets suivants ont été étudiés :

- Taco cérébral délirium;
- Évaluation des sondes urinaires en post-op de prothèse du genou.

Comité central de décès

Cette année, le comité central a étudié 250 dossiers.

Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie a travaillé sur l'élaboration d'un feuillet explicatif pour le Xarelto et sur les ordonnances préimprimées pour le traitement des thromboembolies veineuses intrahospitalier ou ambulatoire avec le Rivaroxaban ou avec Enoxaparine et/ou Warfarine. Une réflexion a débuté dans le but de trouver des pistes de solutions pour l'optimisation des médicaments dans notre CSSS. Les ordonnances préimprimées pour la thromboprophylaxie ont été révisées dans le but de garder qu'une seule HFPM: l'Énoxaparine.

Comité de discipline

Une plainte est présentement à l'étude.

Départements médicaux

Chaque membre du CMDP est également membre d'un département. Un chef est nommé par le conseil d'administration pour chaque département.

Liste des différents départements	Chefs
Département d'anesthésiologie	Dr François Moreau-Bussière
Département de biologie médicale	Dre Carole Caron
Département de chirurgie	Dr Carl Pettersen
Département d'imagerie médicale	Dr Claude Pineault
Département de médecine générale	Dre Emmanuelle Tran, Dre Claude Bouchard
Département de médecine spécialisée	Dr François Bouchard
Département d'obstétrique-gynécologie	Dre Alexandra Gagné
Département de pédiatrie	Dr Dany Harvey
Département de pharmacie	Mme Isabelle Jean, pharmacienne
Département de psychiatrie	Dr Luc Cossette

Chaque département se réunit au moins quatre fois par année. Le chef de département est responsable envers le CMDP des fonctions décrites à l'article 190 de la LSSS et envers le directeur des services professionnels de celles décrites à l'article 189.

3.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2014

- **Marie-Pier Audet**
- **Annie Bergeron**
- **Lyne Boily**
- **Camil Dion**
- **Nicolas Dufour**
- **Marie-Pier Jean**
- **Lili Gobeil, présidente**
- **Caroline Guay**
- **Sandra Lapointe**
- **Martine Robert**
- **Johanne Paradis, vice-présidente**

Mandat

Le mandat du CII est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur des domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers, plus précisément sur :

- **L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS;**
- **L'appréciation de la qualité des activités exercées par les infirmières praticiennes spécialisées;**
- **Les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières;**
- **La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.**

Le CII formule également des avis au directeur général sur :

- **L'organisation scientifique et technique du CSSS;**
- **L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.**

Nombre de rencontres

Les membres de l'exécutif du CII du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est ont tenu 4 rencontres régulières formelles ainsi que 4 rencontres informelles. De plus, 9 rencontres restreintes avec la directrice des services cliniques et des soins infirmiers, la présidente, la vice-présidente ainsi qu'un membre du CECI ont été réalisées.

Principales réalisations

- **Participation de 3 membres à la formation sur la Loi 21;**
- **Participation à plusieurs suivis tels que : Agrément, DCI, préceptorat, Approche adaptée à la personne âgée, service alimentaire et plan d'amélioration et optimisation.**

Comité de communication

- **Organisation de l'assemblée générale annuelle;**
- **Parution de 3 articles dans le journal interne L'acCSSSent;**
- **Soirée reconnaissance de l'OIIQ : recommandation de l'infirmière Monique Lessard et rédaction d'un hommage.**

Représentativité

- **Comité de gestion des risques : 4 rencontres;**
- **Comité équipement et mobilier : 1 rencontre;**
- **Commission infirmière régionale : 1 rencontre;**
- **Colloque CII 2013 : 2 membres ont participé.**

3.4 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2014

- **Marie-Pier Jean, vice-présidente**
- **Martine Robert, présidente**
- **Sophie Truchon, secrétaire**
- **Cindy Turcotte, membre**

Mandat

- **Veiller au maintien du processus de qualité des soins;**
- **Veiller au maintien des compétences pour l'ensemble des infirmières auxiliaires de notre CSSS en diffusant l'information en ce qui a trait aux formations offertes par l'employeur.**

Nombre de rencontres

Nombre de rencontres CIIA : 4
Nombre de rencontres CECII : 4

Principales réalisations

- **Adresser des demandes de formation en continu pour nos membres, en conformité avec le règlement de formation de l'OIIAQ;**
- **Faire connaître le CIIA auprès des nouvelles infirmières et infirmiers auxiliaires embauchés, ainsi qu'auprès des étudiantes et étudiants en soins infirmiers.**

3.5 Comité des usagers

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2014

- **Roch Harvey, représentant des usagers de l'Hôpital d'Alma**
- **Jacques Gagnon, représentant des usagers du Centre d'hébergement Le normandie**
- **Josée Lemay, représentante des usagers du Centre d'hébergement Métabetabetchouan-Lac-à-la-Croix**
- **Lise Parent, représentante des usagers du CLSC**
- **Lina Pelletier, présidente, représentante de la population**
- **Gilles Simard, vice-président, représentant des organismes communautaires**
- **Francine T. Gaudreault, représentante des usagers du Centre d'hébergement Isidore-Gauthier**
- **Lise Tremblay, représentante de la population**

Mandat

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. Le comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est un porte-parole important des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident leurs actions.

Nombre de rencontres

Le comité des usagers a tenu 6 réunions régulières. L'assemblée générale annuelle s'est déroulée le 19 juin 2013 à Alma.

Principales réalisations

- **Rencontres pour les membres des familles dans chacun des centres d'hébergement;**
- **Édition du calendrier personnalisé pour chaque centre d'hébergement;**
- **Participation aux comités milieu de vie dans les différents centres d'hébergement;**
- **Suivi du plan d'amélioration suite à la visite ministérielle de juillet 2013 au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;**
- **Création de bulletins d'information pour les familles des résidents du Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;**
- **Activités d'accueil pour les nouveaux résidents accompagnés du répondant;**
- **Accompagnement du représentant de l'Agence régionale lors des visites des comités de résidents;**
- **Préparation et suivi de 16 rencontres des comités des résidents des centres d'hébergement;**
- **Contribution financière pour le fonctionnement des comités;**
- **Visites de la coordonnatrice lors d'activités regroupant des membres des familles (environ 15 visites).**

3.6 Conseil multidisciplinaire

Liste des membres de l'exécutif au 31 mars 2014

- **Camil Dion, membre nommé d'office**
- **Martyne Gagnon, membre nommé d'office**
- **Catherine Lebrun, membre élue**
- **Sylvie Morin, membre élue**
- **Marc St-Jean, vice-président**
- **Julie Racine, présidente**
- **Marie-Ève Tessier, secrétaire**
- **Noémie Tremblay, membre élue**

Mandat

Le mandat du CECM est de faire des recommandations et donner des avis sur l'organisation des soins et services dispensés par ses membres et sur le maintien de leurs compétences pour assurer des services de qualité à la population du territoire. Il doit aussi constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

Principales réalisations

- **Tenue de l'assemblée générale annuelle le 1er mai 2013; 79 membres présents.**
- **Implication dans divers comités dont la Table régionale des Conseils multidisciplinaires, le C.M.U.R., le comité de gestion des risques, le comité équipement et mobilier et le comité sur l'interdisciplinarité;**
- **Dépôt d'un avis à la directrice des soins infirmiers, des services multidisciplinaires et des programmes SAPA et déficience sur la *Procédure d'absence, de non-disponibilité ou d'incapacité à être rejoint pour un rendez-vous*;**

- Production de documents structurants pour les demandes d'avis incluant une procédure de demande d'avis, une grille d'analyse, un modèle d'avis ainsi qu'un formulaire de rétroaction du demandeur sur l'avis reçu;
- Réception et acceptation d'une demande de formation d'un comité de pairs par l'équipe des services psychosociaux généraux;
- Organisation d'une conférence intitulée « Le patient partenaire : défis et réalités cliniques! » lors de l'AGA, donnée par M. André Néron;
- Présentation des bons coups de deux de nos membres soulignés par une de leurs collègues, lors de l'AGA;
- Organisation d'une activité reconnaissance pour la profession de technologues en imagerie médicale;
- Publication d'articles dans le journal interne L'acCSSSent.

3.7 Comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services

Liste des membres du comité central en date du 31 mars 2014

- Camil Dion, directeur général
- Manon Doucet, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Roch Harvey, président du comité, membre du conseil d'administration
- Patrice St-Pierre, membre du conseil d'administration
- Andrée Verreault, membre du conseil d'administration
- Invitée : Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité

Mandat

Le comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services recueille les diverses recommandations et rapports déposés au conseil d'administration portant sur la qualité et la sécurité des services ainsi que sur le respect des droits des usagers. Après analyse, le comité émet des recommandations si nécessaire, sur les suites à donner afin de maintenir et d'améliorer la qualité et la sécurité des services dispensés aux usagers de notre établissement et le respect de leurs droits.

Principales réalisations

Le comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services a tenu 3 rencontres dont le résumé a été déposé au conseil d'administration. Au cours de l'année, aucune situation n'a fait l'objet de recommandation particulière. Le président du comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services fait un suivi rigoureux en ce qui a trait à l'appréciation de la qualité des services relativement aux travaux suivants :

- Recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Nombre et nature des plaintes reçues;
- Accréditation d'Agrément Canada;
- Événements indésirables de gravité importante et événements sentinelles;
- Gestion des risques principalement des chutes et des médicaments;
- Infections nosocomiales;
- Plaies de pression;
- Mesures de contrôle, contention et isolement;
- Actifs informationnels;
- Avis du coroner.

3.7.1 Suivi aux recommandations du coroner

Correctifs mis en place dans le cadre de deux suivis de rapports du coroner

- Formation donnée au personnel concernant le dégagement des voies respiratoires (DVR) à l'automne 2013.
- Appareils à succion vérifiés dans tous les CHLSD et ajoutés au programme d'entretien préventif régulier.

3.8 Comité de gestion des risques et de la qualité

Liste des membres du comité en date du 31 mars 2014

- Réjean Baribeau, directeur Ressource intermédiaire Domaine Lajoie, président du comité
- Véronique Beaulieu, chef du service santé et sécurité au travail
- Lyne Boily, infirmière, représentante CII
- Élise Desbiens, chef de service laboratoires et électrophysiologie
- Isabelle Jean, pharmacienne, représentante CMDP
- Diane Lamer, agente de relations humaines, représentant CM
- Annie Lavoie, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections
- Marie Potvin, coordonnatrice du comité des usagers
- Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité
- Carolyne Thauvette, chef de programme pour personnes en perte d'autonomie

Mandat

Le mandat du comité joue un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques de l'établissement. Son mandat est précisé à l'article 183.2 de la LSSSS.

Rencontres

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu 4 rencontres régulières en cours d'année. Le suivi de dossiers du comité de gestion des risques et de la qualité est fait auprès du comité de vigilance et de l'appréciation de la qualité des services.

Principales réalisations

- Suivi de 25 événements sentinelles : divulgations, mesures correctives et préventives, mesures de soutien;
- Appui et suivi des recommandations du service de prévention et contrôle des infections concernant des travaux nécessaires sur l'unité de médecine;
- Recommandation de la mise en place d'un groupe de travail pour la confection d'une trousse de loisir en temps d'éclosion en CHSLD, dans le but d'éviter le déconditionnement des résidents.

Pour la prochaine année, le comité souhaite poursuivre ses actions afin d'augmenter le taux de divulgation d'incidents, accidents aux usagers ainsi que l'appui à l'établissement vers une culture juste de la qualité.

3.8.1 Mesures de contention

Le taux de prévalence ponctuel mesuré pour l'utilisation d'au moins une contention physique démontre une diminution du nombre global de contentions, et ce, pour l'ensemble de nos centres d'hébergement.

Mesures de contention	2013-2014*	2012-2013
Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	35 %	38 %
Centre d'hébergement Le normandie	21 %	30 %
Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	24 %	38 %

* Données recueillies en date du 25 février 2014 aux fins d'analyse.

Constats tirés de l'évaluation des mesures de contention

- Le taux d'utilisation des contentions est stable dans le CSSS.
- Au cours de l'année, des rappels ont été faits pour clarifier les définitions de contentions et s'assurer de standardiser les déclarations d'application.

- Les rapports de déclaration d'incidents et accidents reliés à l'utilisation des contentions ont tous été sans conséquence et sont principalement reliés à l'omission.
- La principale raison de l'utilisation des contentions est reliée au risque de chute chez les usagers à mobilité réduite.

3.9 Prévention et contrôle des infections

3.9.1 Comité de prévention et contrôle des infections

Liste des membres du comité en date du 31 mars 2014

- Véronique Beaulieu, chef du service santé
- Youry Boudreault, ASI, service de médecine
- Marc Côté, chef de service chirurgie et stérilisation
- Marie Claude Dion, chef de service buanderie, hygiène et salubrité, par intérim.
- Karen Fortin, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections
- D[r] Michel Guay, président du CMDP
- Annie Lavoie, conseillère en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections
- Jean-François Paradis, microbiologiste infectiologue
- D[re] Claudyne Rousseau, pédiatre
- Rébecca Têtu, pharmacienne
- Josée Simard, présidente, chef de la gestion des risques et de la qualité

Mandat

Le mandat du comité est de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI). Ce programme couvre les 6 volets suivants : surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes infectieux émergents, politiques, procédures et mesures de soutien, éducation et formation, évaluation, communication et information et gestion d'éclosions. Grâce à sa multidisciplinarité, il est en mesure d'élaborer des recommandations en tant qu'expert à l'établissement

Le comité de prévention des infections a tenu 4 rencontres régulières en cours d'année.

Principales réalisations

- Plusieurs mesures prises afin d'améliorer la collaboration et la communication entre les membres du CMDP et le comité de prévention et contrôle des infections (incluant le service de prévention des infections);
- Appui du comité de prévention des infections dans la démarche d'audits sur l'hygiène des mains;
- Recommandations du comité concernant le retraitement du matériel à usage unique.

Gestion des éclosions - statistiques

Éclosions	2013-2014	2012-2013
Incidence Clostridium difficile	9,34	4,23
Incidence SARM (infection)	1,56	1,3
Incidence SARM (colonisation)	4,67	3,25
Incidence bactériémie	3,11	2,93

3.10 Comité local des actifs informationnels

Le comité de la sécurité des actifs informationnels local a tenu 4 rencontres régulières en cours d'année.

Liste des membres du comité au 31 mars 2014

- **Julie Bouchard, conseillère en gestion des ressources humaines – relations de travail**
- **Pierre Bouchard, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles**
- **Caroline Maltais, conseillère en sécurité des actifs informationnels**
- **Michaël Pinault, archiviste médical**
- **Josée Simard, chef de la gestion des risques et de la qualité - Responsable du services des actifs informationnels (RSAI)**
- **Cathay Turcotte, coordonnatrice locale du dossier clinique informatisé**

Mandat

Le mandat du comité est avant tout un rôle-conseil auprès du RSAI. Par sa vision globale, il est en mesure de proposer des orientations, de faire des recommandations et d'évaluer les incidences sur la sécurité de l'organisation des nouveaux projets.

Principales réalisations

- **Recommandations à l'établissement :**
  - **Dans le cadre d'un nouveau projet sur la conservation de bandes vidéo dans un contexte d'intervention;**
  - **Dans le cadre de la révision de la politique cadre sur la gestion de l'information (B-PO-600);**
  - **Dans le cadre de l'uniformatisation de tous les formulaires d'engagement à la confidentialité afin d'en utiliser qu'un seul et que celui-ci soit tenu au registre, dans le dossier de l'employé;**
  - **Recommandations à la DSP de mettre en place un registre des accès aux actifs informationnels accordés aux médecins, résidents, pharmaciens et aux cliniques médicales.**

Incidents viraux

Au cours de l'année 2013-2014, le service informatique a détecté 13 incidents viraux qui ont tous été éliminés par mise en quarantaine, comparativement à 12 en 2012-2013. Des incidents détectés, 62 % l'ont été à partir de clés USB, 38 % l'ont été à partir de navigation sur des sites Internet.

Incidents viraux	2013-2014	2012-2013
Clé USB	62 %	27 %
Navigation Internet	38 %	63 %
Courriel	0 %	10 %

3.11 Comité local d'éthique clinique (CLEC)

Liste des membres

- **Louis Côté**
- **André Drapeau**
- **Martyne Gagnon**
- **Amélie Harvey**
- **Christiane Hudon**
- **Isabelle Jean, vice-présidente**
- **Brithany Pagé**
- **Marie Potvin**
- **Sophie Simard**
- **Marie-Ève Tessier**
- **Christine Tremblay, secrétaire**
- **France Tremblay**
- **Marie-Andrée Tremblay**
- **Philippe Villemure, président**

Mandat

Le CLEC est une instance consultative, un lieu de délibération et un lieu de dialogue éthique se définissant comme suit :

- **A un rôle intrinsèque de protection des personnes;**
- **Est une instance impartiale de réflexion;**
- **Permet au CSSS de bénéficier d'une ressource officielle locale et qualifiée en éthique par un travail d'équipe pluridisciplinaire ayant des compétences et une masse critique suffisante favorisant un fonctionnement optimal comme lieu d'échanges et de dialogues éthiques;**
- **Peut soutenir, stimuler ou favoriser, par des activités d'information et de participation, un intérêt plus marqué au respect des valeurs éthiques dans l'établissement.**

Nombre de rencontres : **10 rencontres régulières**

Principales réalisations

- **Travail sur un plan de communication et de promotion du comité d'éthique : adoption d'un logo, articles dans le journal L'acCSSSent, élargissement de la représentativité du comité;**
- **Mise à jour de la grille d'analyse éthique, du canevas de rédaction des avis éthiques et d'un dictionnaire des valeurs éthiques;**
- **Réflexion soutenue autour du projet de loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie — « Mourir dans la dignité, aide médicale à mourir »;**
- **Participation le 11 avril 2013 à l'UQAC : Journée d'actualisation sous le thème « Au cœur de l'éthique : le dialogue ».**

SECTION 4 : Suivi à la planification stratégique 2012-2015

Cette section présente les objectifs de la planification stratégique qui comporte 7 enjeux majeurs, pour lesquels des actions concrètes ont été réalisées ou dont l'échéancier était fixé en 2014. Il est possible de consulter le document de la planification stratégique en totalité au www.santealma.qc.ca

ENJEU 1

La primauté de l'organisation et de l'accessibilité des services de 1re ligne dans une perspective de continuum de services en modèle réseau

Orientation 1 : Supporter l'organisation et l'accessibilité aux services médicaux de 1re ligne

Enjeu 1 – Orientation 1			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité des personnes à un médecin de famille	• Pourcentage de la population ayant accès à un médecin de famille	95 %	Atteint
Assurer la prise en charge des personnes présentant des problèmes complexes et/ou chroniques par un médecin de famille	• Nombre de personnes référées par un médecin de famille à un service de maladies chroniques	Augmentation	Atteint
	• Pourcentage de personnes présentant des problèmes complexes prises en charge par un médecin de famille et les équipes interdisciplinaires	Augmentation	Atteint
	• Nombre de personnes suivies dans la trajectoire de service	Augmentation	Atteint
	• Nombre de PII et PSI	Augmentation	Atteint
Intégrer les services territoriaux de 1re ligne	• Mise en place du plan d'organisation des services de 1re ligne	2015	En voie
	• Disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) intégrées aux services de 1re ligne	2015	Atteint
	• Vision commune adoptée	2015	En voie
Consolider et continuer le développement du Centre d'investigation clinique afin d'assurer l'accès aux services de 2e et 3e lignes par les omnipraticiens	• Nouveaux protocoles développés pour le Centre d'investigation clinique en 2e ligne – 2 par année	Augmentation	Nouveaux protocoles développés
	• Nombre d'usagers vus	Augmentation	Atteint

Orientation 2 : Favoriser l'amélioration de l'accès aux services généraux de 1re ligne

Enjeu 1 – Orientation 2			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Réduire les délais de prise en charge de toutes les clientèles de 1re ligne nécessitant des services sociaux à la lumière de l'évaluation de l'offre de service actuelle	• Délai moyen de prise en charge et de suivi par un professionnel des clientèles référées par Info-Social ou à l'accueil – analyse – évaluation – orientation (AAOR)	Diminution	Atteint
	• Nombre de personnes prises en charge	Augmentation	Atteint
	• Nombre de personnes sur la liste d'attente	Diminution	Atteint
	• Appropriation du *Guide offre de service – Services généraux du MSSS*	2014	Atteint

Orientation 3 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Enjeu 1 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins	• Programme intégré d'autogestion de réadaptation (Télésoins, AIME, V1SAGES, trajectoires des maladies chroniques, etc.).	Consolidation 2015	Atteint
Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire	• Pourcentage de jeunes et adultes ayant des troubles mentaux recevant des services de santé mentale de 1re ligne offerts en CSSS	2 % en 2015	En voie
Renforcer les services de 1re ligne en santé mentale : augmentation des heures de professionnel répondant (jeunes et adultes)	• Proportion des heures consacrées aux activités de professionnels répondants	Augmentation Plan d'action et mise en œuvre d'ici 2015	Jeunes - Atteint Adultes - ↑ 8 protocoles signés
Développer l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1re ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	• Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1re ligne	À consolider	En voie
	• Nombre de personnes identifiées comme prioritaires évaluées en collaboration avec notre CSSS	Mise en place 2013-2014	Atteint
Compléter l'implantation d'un continuum de service en déficience	• Ententes avec les partenaires concernés des programmes DP et DI	2015	Protocole DP réalisé Protocole CRDI en cours Ouverture RI-DP
Collaborer à la hiérarchisation des services en déficience	• Nombre d'usagers recevant des services en déficience de 1re ligne	Augmentation	90 % clients connus
Consolider les services en soins palliatifs	• Programme révisé et appliqué	2013	Atteint

Orientation 4 : Rendre accessibles, intégrer et coordonner les services à la population en perte d'autonomie

Enjeu 1 – Orientation 4			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Poursuivre la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) incluant le déploiement de la solution informatique (RSIPA)	• Dégré d'implantation du RSIPA • Pourcentage du déploiement de la solution informatique RSIPA	55 % en 2015 100 %	72,88 % Réalisé – en continu
Poursuivre l'implantation en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées	• Mise en place de la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	100 % des préalables ↑ composantes 2011-2012 : 19 %	Réalisé Réalisé 55 %
Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	• Nombre total d'heures de services soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de prestation de services	↑ de 10 % d'ici 2015	Réalisé 25 %
Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités (personnes âgées en perte d'autonomie et personnes atteintes de déficience)	• Nombre de places d'hébergement en ressources alternatives non institutionnelles (RNI) en collaboration avec le milieu	Augmentation	Atteint 20 places RNI Ouverture RI-DP
Consolider l'offre de service en centre de jour sur le territoire	• Révision de l'offre de service en centre de jour	2013	Réalisé
	• Nombre de services supplémentaires de type « centre de jour » développés	2014	Ouverture Secteur-Sud Intégration clientèle DI vieillissante

Orientation 5 : Assurer la continuité avec l'offre de service en 2e ligne

Enjeu 1 – Orientation 5			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mettre en place des réseaux de services intégrés pour les clientèles ciblées (consolidation de la trajectoire en oncologie et soins palliatifs)	• Nombre de continuums de services mis en place	Augmentation	Continuum en soins PAL mis en place
Développer des services en fonction des priorités nationales, régionales et locales ciblées	• Services développés : - Gériatrie - Médecine interne - Hémato-oncologie	Révision du service en gériatrie 2 internistes 2015	Octroi de 2 postes de gériatres à combler dans le plan d'effectif médical Intégration de 3 spécialistes en médecine interne : cardiologie, rhumatologie et hémato-oncologie
Consolider les équipes de professionnels de la santé mentale pour assurer l'offre de services spécialisés aux clientèles cibles : santé mentale	• Consolidation des activités de 2e ligne en santé mentale	Révision du prog. santé mentale 2012	Atteint

ENJEU 2

Des actions favorables et concertées sur les déterminants de la santé

Orientation 1 : Promouvoir l'action intersectorielle sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Enjeu 2 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Assurer la mise en œuvre des activités de promotion de prévention et de protection prévues dans le plan local de santé publique (PAL)	• Programme Action Poids Santé actualisé selon besoins spécifiques - Déploiement de la phase 3 - Déploiement de la phase estivale	Augmentation	Atteint
Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de 1re ligne en donnant la priorité aux problèmes suivants : ➤ Prévention du suicide ➤ Services aux hommes ➤ Services en toxicomanie	• Nombre de services développés répondant aux besoins de ces clientèles spécifiques	Augmentation	En voie
➤ Santé mentale jeunes	• Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien • Nombre de services développés répondant aux besoins de ces clientèles spécifiques	85 % en 2015 Augmentation	N/A

ENJEU 3
La qualité des services et l'innovation

Orientation 1 : Dispenser des soins et services de qualité de façon sécuritaire -

Enjeu 3 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Poursuivre la mise en place du bilan comparatif du médicament	• Pourcentage d'implantation du BCM à l'admission	2015 : 100 %	BCM réalisé pour 100% des patients admis, effectué à l'admission et au départ en gériatrie active

Orientation 2 : Consolider et soutenir la mission d'enseignement

Enjeu 3 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Encourager et soutenir les activités de recherche professionnelles	• Nombre de projets de recherche réalisés • Nombre de contribution à des recherches	Augmentation	Collaboration au projet de recherche PRISME Collaboration aux projets V1SAGES Collaboration à 4 projets de recherche multicentrique depuis septembre 2012

Orientation 3 : Susciter et soutenir l'innovation pour demeurer à l'avant-garde

Enjeu 3 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique en misant sur des technologies de pointe	• Implantation du DCI	Respect des échéanciers	Déploiement en cours à l'hôpital
Susciter des projets novateurs	• Nombre de projets novateurs	2/ année	4 projets novateurs réalisés

ENJEU 4

Une gestion clinico-administrative performante, imputable et cohérente

Orientation 1 : Disposer des ressources nécessaires pour donner des services de qualité

Enjeu 4 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Développer un plan directeur immobilier	Dépôt du plan directeur	2013	Échéancier reporté

Orientation 2 : Prendre des décisions de gestion cohérentes

Enjeu 4 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mettre en place des outils de gestion permettant d'effectuer un suivi des décisions	• Utilisation MAGIC	En continu	Atteint
	• Outil de gestion à l'intention du CA	Tableau de bord révisé	Atteint

Orientation 3 : Analyser les processus de gestion

Enjeu 4 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mettre en place une philosophie d'amélioration continue des processus	• Ressource interne spécialisée	2013	Report de l'embauche
	• Réalisation projets d'amélioration continue	5 projets d'ici 2015	2 projets réalisés
Mettre en place des mécanismes pour établir les priorités d'action	• Grille de priorisation	2012	Priorité accordée aux projets de récupération budgétaire
	• Liste des priorités organisationnelles à jour déposée	Dépôt 2013-2014	Atteint

Orientation 4 : Miser sur la collaboration et l'interdisciplinarité

Enjeu 4 – Orientation			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Consolider la co-gestion médicale	• Nombre de médecins participants aux divers comités cliniques	Augmentation	Atteint
	• Intégration des chefs de département médicaux à l'organigramme	2012	Non réalisé
Consolider l'interdisciplinarité	• Former un comité de concertation interdisciplinaire regroupant les instances professionnelles	Formation du comité	Réalisé
	• Nombre de dossiers traités par le comité	Élaboration d'un cadre de référence	Équipe active à l'UGA

Orientation 5 : Gérer et communiquer efficacement l'information

Enjeu 4 – Orientation 5			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Élaborer un plan de gestion de l'information	• Nouvelle politique déposée	2014	Politique élaborée en attente d'approbation

ENJEU 5

Des délais raisonnables pour l'accès aux services

Orientation 1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Enjeu 5 – Orientation 1			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis	• Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais	90 %	Atteint
Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : - aux services offerts à l'intérieur de 30 jours - aux services spécialisés de 2e ligne à l'intérieur de 60 jours	• Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis	Augmentation	Amélioration, cible 30 jours à atteindre Guichet d'accès unique en santé mentale mis en place

ENJEU 6

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Enjeu 6 – Orientation 1 : Favoriser la conciliation travail/vie personnelle

Enjeu 6 – Orientation 1			
Objectifs	**Indicateurs**	**Cibles**	**Résultats**
Favoriser la santé et le bien-être du personnel au travail	• Mise en place du programme SM-SST	2015	Phase 3 du SM-SST Réalisée • sous-comité PDSB • Formation PDSB • Agents multiplicateurs PDSB
Évaluer la structure des postes en fonction des besoins des différents centres d'activités	• Nombre de secteurs d'activités analysés et modifiés au besoin	50 % d'ici 2015	• Structures de postes évaluées : secteur entretien ménager : • Horaire 4/33 en chirurgie • Réorganisation du travail dans 3 services
Réduire le recours au temps supplémentaire	• Pourcentage de temps supplémentaire	↓ de 5 % d'ici 2015	En voie
Amélioration des conditions de travail des cadres	• Optimisation de la répartition des tâches du gestionnaire • Augmentation du temps de présence auprès du personnel • Amélioration du sentiment de satisfaction au travail	2013	• Élaboration et analyse d'une matrice d'interdépendance • Présentation du projet au colloque annuel en RH de l'AQESSS

Enjeu 6 – Orientation 2 : Disposer d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant pour répondre à nos besoins

Enjeu 6 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Produire et mettre en œuvre un plan de main-d'œuvre local pour l'ensemble des catégories d'emploi	• Plan de main-d'œuvre local adopté • Nombre de plans de main-d'œuvre développés par secteur	2012	Plan de main-d'œuvre local détaillé adopté, déposé à l'Agence, au comité RH du CA et présenté aux cadres
Collaborer à la promotion des carrières du réseau de la santé et des services sociaux	• Nombre d'étudiants accueillis • Nombre de participation à des salons de l'emploi • Collaboration aux initiatives régionales	20 personnes/an 4 salons/an En continu	Participation sous-régionale et régionale aux salons de l'emploi et différents comités de PMO
Maintenir et développer les compétences de notre personnel grâce à la formation continue	• Mise à jour annuelle du PDRH	Révision annuelle	Maintien et développement des compétences de notre personnel par la mise en place d'activités de formation

Enjeu 6 – Orientation 3 : Mobiliser le personnel

Enjeu 6 – Orientation 3			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Apprécier la contribution du personnel en continu	• Nombre d'employés évalués	100 % à tous les 2 ans	Taux insuffisant d'employés appréciés (30 %)
Développer des stratégies mobilisatrices pour améliorer la présence au travail	• Taux d'assurance salaire • Taux de rétention	↓ de 2 % d'ici 2015 Augmentation	↓Taux d'assurance salaire au 31 mars 2014 de 6,98 % par rapport à 6,15 % l'an dernier

Enjeu 6 – Orientation 4 : Favoriser l'utilisation optimale des compétences de nos ressources humaines

Enjeu 6 – Orientation 4			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Réorganiser le travail selon la réalité des différents secteurs	• Nombre de secteurs analysés et révisés	2 /an	Plusieurs projets ciblés dans différents secteurs (réorganisation suite à des projets d'optimisation)
Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers	• Pourcentage de main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers	0 %	Atteint

ENJEU 7

Développement durable du réseau local de services

Orientation 1 : Favoriser les initiatives locales et les actions structurantes au développement des communautés

Enjeu 7 – Orientation 1			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Mobiliser les partenaires du réseau autour des problématiques reliées à l'exclusion sociale	• Participation à la table de concertation traitant d'exclusion sociale	2015	Atteint
	• Nombre de projets issus de la table auxquels le CSSS participe	2 projets/an	Atteint

Orientation 2 : Déployer les ressources de santé et services sociaux selon les besoins des différentes communautés

Enjeu 7 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Développer une gamme de soins et services de proximité adaptés aux communautés en collaboration avec nos partenaires du réseau local de services	• Mise en place d'une clinique médicale rurale à Sainte-Monique en collaboration avec l'UMF d'Alma en septembre 2012	2 cliniques/2014	Atteint

Orientation 3 : Intégrer le développement durable dans nos principes de gestion

Enjeu 7 – Orientation 2			
Objectifs	Indicateurs	Cibles	Résultats
Élaborer et implanter des indicateurs de performance permettant de mesurer l'impact des actions dans les différentes sphères du développement durable : économique, sociale et environnementale	• Indicateurs de performance	2015	En voie
Prendre les décisions administratives et de gestion en respect avec les principes de développement durable	• Indicateurs de performance	2015	En voie

SECTION 5 : Rapport de gestion

Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux introduit, depuis quelques années, une nouvelle approche dans la gestion des services de santé et des services sociaux. Cette approche est axée sur la production de résultats et sur la responsabilité de l'administration publique face à l'atteinte de ceux-ci. Dans cet esprit, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, selon l'Entente de gestion et d'imputabilité, précise les résultats attendus du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est en matière d'offre de service à la population de son territoire pour l'année financière en cours, ainsi que les cibles de services à atteindre d'ici 2014. Le présent rapport de gestion trouve donc ses assises sur les indicateurs proposés par l'Agence et les résultats atteints en date du 31 mars 2014. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des résultats obtenus dans tous nos programmes et services, mais de la reddition de comptes de la direction, face aux objectifs fixés par cette entente.

5.1 Entente de gestion et d'imputabilité par secteur pour l'année 2013-2014

Pictogramme d'appréciation des résultats		Résultats	
		Absolus	%
Nombre d'indicateurs dont l'engagement est atteint	☑ Engagement atteint	49	74,3
Nombre d'indicateurs dont la valeur est égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %	◆ En voie	6	9
Nombre d'indicateurs dont la valeur est inférieure à 90 % de l'engagement	☒ Non atteint	11	16,7
	Total	66	100

Tableau des indicateurs

	Engagement	Résultats	2013-2014	2012-2013
Santé publique				
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1) au cours de l'année de référence	0,86	◆	0,84	----
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,35	☒	0,32	----
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,18	☑	0,20	----
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,31	☑	0,34	----
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	90 %	☑	99,6 %	97,9 %
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	90 %	☑	95,6 %	90,4 %
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans les délais	90 %	☑	95,8 %	90,6 %
Prévention et contrôles des infections				
Maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis DADC	<=6,3	☒	9,34	4,55

	Engagement	Résultats	2013-2014	2012-2013
Maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis SARM BACTÉRIÉMIES	< = 0,56	☑	0	----
Services généraux – activités cliniques d'aide				
Pourcentage des appels de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux répondus en moins de 4 minutes	90 %	◆	88 %	88 %
Perte d'autonomie liée au vieillissement				
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	82 363	☒	77 755	69 199
Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	69 %	☑	69,6 %	72,9 %
Hébergement				
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	3	☑	1,6	----
Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3	☑	0,9	----
Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3	☑	0,3	----
Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3	☑	0,3	----
Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3	☑	0,8	----
Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3	☑	1,8	----
Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3	☑	0,1	----
Déficience physique				
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité urgente**	90 %	☑	100 %	----
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité élevée**	90 %	☒	80 %	----
Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès-Toutes déficiences -Tous âges - **priorité modérée**	90 %	☑	91,5 %	----
Dépendance				
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par le CSSS	20	☑	46	22
Santé mentale				
Nombre de places en service de **suivi intensif** pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	30	☒	24	24
Nombre de places en **soutien d'intensité variable** dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	76	☒	43	35
Nombre d'usagers (jeunes et adultes) souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	775	◆	754	675

	Engagement	Résultats	2013-2014	2012-2013
Santé physique				
Séjour moyen sur civière (heures)	8	☑	6,81	7,31
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1%	☑	0	0
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	90 %	☒	84,3 %	98,6 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une arthroplastie du genou	90 %	☒	79,6 %	96,8 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	90 %	☑	99,6 %	99,9 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90 %	☑	96,6 %	97,8 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans un délai de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	☑	96,9 %	94,9 %
Pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille - Nombre total de GMF implantés	2	☑	2	----
Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupe de médecine de famille (ou équivalent)	70%	☑	79,0%	----
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	100%	◆	97,0%	----
Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	Moins de 4%	☑	0,98%	----
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	☑	0	----
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	0	☑	0	----
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	☑	0	----
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	◆	1	----
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	☑	0	----
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	80,0 %	☑	83,3 %	82,8 %
Imagerie médicale				
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais en imagerie médicale :				
– pour les graphies	100 %	☑	100 %	99 %
– pour les scopies	100 %	☑	100 %	99 %
– pour les mammographies diagnostiques	100 %	☑	99,5 %	98 %
– pour les échographies cardiaques	100 %	☑	100 %	100 %
– pour les échographies mammaires	100 %	☑	100 %	98 %
– pour les autres échographies	100 %	☑	100 %	97 %
– pour les tomodensitométries	100 %	☑	100 %	100 %
– pour les résonnances magnétiques	100 %	◆	88 %	91,7%

	Engagement	Résultats	2013-2014	2012-2013
Ressources humaines				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et en nombre d'heures travaillées	6,23 %	☒	6,98 %	6,46 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	4,3 %	◆	4,8 %	4,5 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	2,9 %	☑	3 %	3 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (personnel infirmer)	0 %	☑	0 %	0 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (inf. auxiliaires)	0 %	☑	0 %	0 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (préposés aux bénéficiaires)	0 %	☑	0 %	0 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (inhalothérapeutes)	0 %	☑	0 %	0%
Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	0	☑	1	1
Mise à jour du plan de main-d'œuvre	Mise à jour	☑	oui	oui
Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisation	☑	oui	oui
Implantation d'un programme de soutien clinique, volet préceptorat	Poursuivre et consolider – volet préceptorat	☑	oui	oui
Implantation d'un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Poursuivre les activités	☑	oui	oui
Obtention de l'agrément incluant le volet mobilisation des ressources humaines	Obtention de l'agrément - volet mobilisation du personnel	☑	oui	oui
Hygiène et salubrité				
Avoir complété les trois premières étapes pour l'élimination des « zones grises » en hygiène et salubrité	80 %	☒	70 %	---
Services professionnels (recrutement médical)				
Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine de famille par catégorie de région	85 %	☑	100 %	---
Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de région	97 %	☒	88 %	---

5.2 Application de la loi visant le retour à l'équilibre budgétaire 2013-2014 et la réduction de la dette

L'établissement a continué à travailler pour rencontrer les exigences prévues à la loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget 2013 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 ainsi que la réduction de la dette.

Les dispositions proposaient une cible de diminution de 529 745 $ ou 10 % des dépenses de fonctionnement de nature administrative versus l'année de référence 2009-2010.

Après avoir tenu compte des ajustements nécessaires pour rendre les données comparables et les mesures alternatives mises en place, nous avons dépassé l'objectif.

SECTION 6 : Rapports d'activités de l'établissement

Le réseau de la santé est confronté, depuis plusieurs années, à des efforts d'optimisation importants et cumulatifs. Cette année, notre établissement a dû travailler sur des mesures d'optimisation imposées se chiffrant à 1 136 218 $. L'effort collectif des gestionnaires, employés, médecins et syndicats qui travaillent activement à la saine gestion de notre établissement, ainsi que le travail proactif pour concrétiser des solutions réelles et récurrentes, nous permettent de terminer l'année 2013-2014 avec un surplus de 948 241 $ au niveau des activités principales et de 670 991 $ au niveau des activités accessoires (stationnements et cantines).

Nous planifions déjà utiliser ces sommes pour boucler le budget 2014-2015 et pour financer des projets entrainant des économies récurrentes et des infrastructures.

6.1 Rapport d'activités administratives

6.1.1 Ressources matérielles

Des projets immobiliers importants requièrent les habiletés de nos équipes techniques. Soulignons d'abord que nous avons pris possession du stationnement étagé qui est la phase initiale d'un projet plus vaste qui vise l'agrandissement de l'urgence et des cliniques externes spécialisées. Pour cette deuxième phase, les plans et devis définitifs ont été complétés et l'appel d'offres pour la construction devrait être émis au début de la prochaine année financière tandis que les travaux devraient commencer au milieu de l'été 2014.

Afin de pouvoir satisfaire les besoins du projet, nous avons dû procéder à l'ajout d'une salle électrique et à l'installation d'un garage temporaire pour l'accueil des ambulances.

Au Centre d'hébergement Le normandie, les travaux d'ajout d'une aile et de réaménagement de la voie d'accès sont en cours. Nous devrions prendre possession de l'agrandissement (22 chambres) en juillet 2014. Ce projet est également la phase initiale qui permettra d'éliminer des chambres doubles au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix.

De plus, au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix, l'ensemble des espaces consentis aux services alimentaires est en rénovation afin de permettre la mise en place d'une nouvelle approche mieux adaptée à notre clientèle.

En concertation avec les instances régionale et provinciale, le secteur informatique collabore à la mise en place d'un dossier clinique informatisé (DCI). À terme, ce projet permettra l'accès à l'information de notre clientèle à partir d'un seul système source. Pour avancer dans ce dossier, nous avons déployé l'application sur l'ensemble des postes informatiques de l'hôpital et préparé l'infrastructure permettant la numérisation de données cliniques par le service des archives.

De par notre rôle de centre de services régionaux en informatique, nos équipes ont travaillé au rehaussement et à la virtualisation des plates-formes partagées par les établissements de la région.

Par ailleurs, pour accroitre la sécurité en lien avec l'utilisation de produit dangereux, nous avons déployé un logiciel permettant d'informer les employés sur la démarche à suivre en cas de déversement, brûlures ou autres (SIMDUT).

Enfin, nous travaillons en concertation avec les autres établissements de santé de la région pour réaliser la centralisation des activités de logistique en approvisionnement.

Statistiques

Buanderie	2013-2014	2012-2013
Kilogrammes de linge lavé	794 418	820 965
Nombre de départs/transferts	11 060	10 537
Collecte déchets biomédicaux infectieux	33 767	32 838

Demande de support aux installations matérielles

Bons de travail informatisés (Gamma)	2013-2014 Reçus	2013-2014 Traités/fermés	2012-2013 Reçus *	2012-2013 Traités/fermés *
Groupe - Biomédical	1 852	1 747	1 264	995
Groupe - Électricité	1 928	1 868	1 343	1 201
Groupe - Menuiserie	3 068	2 948	2 077	1 932
Groupe - Plomberie-chauffage	2 243	2 200	1 527	1 481
Groupe - Téléphonie	556	555	575	562

* Ces données n'ont été comptabilisées qu'à partir du 15 octobre 2012

6.1.2 Performance clinique et administrative

Le comité visant à analyser la performance clinique et administrative de l'organisation a été très actif cette année. À raison d'une rencontre mensuelle, ses membres ont élaboré des stratégies ayant pour but de rendre optimale l'utilisation des ressources humaines, financières et immobilières dont le CSSS dispose. Aussi, afin de dresser un tableau de bord par direction, des séances individuelles ont eu lieu.

À la lumière des études comparatives réalisées afin de situer la performance globale de notre établissement à l'intérieur d'un groupe de comparables, nous avons mis en branle des projets structurants pour nous aider à améliorer notre performance au sein de secteurs dont l'efficience semble pouvoir être améliorée.

Projets

- **Poursuite des projets Lean[1] : SAD et bloc opératoire**
- **Révision du tableau de bord du conseil d'administration**
- **Mise en place des tableaux de bord : services de 1re ligne, chirurgie, standards psychosociaux**
- **Soutien au projet de recherche V1SAGE (autogestion des maladies chroniques)**
- **Soutien au projet PRISME (suivi des personnes avec maladies chroniques)**
- **Analyse des rapports de performances ICIS, EGIPSS, Mediamed**
- **Suivi entente de gestion**

6.1.3 Accueil, Archives et Téléphonie

Ce service coordonne l'ensemble des activités relatives à :

- **L'enregistrement, l'inscription, l'admission, le transfert, le départ des usagers à l'hôpital et en centre d'hébergement;**
- **L'accueil, l'admission, l'inscription de la mission CLSC;**
- **Le brancardage;**
- **La centrale de rendez-vous et le transport des usagers;**
- **L'analyse, l'évaluation, la conservation, l'accessibilité aux dossiers des usagers et à la transcription des rapports médicaux;**
- **La gestion de la qualité de l'information médico-hospitalière et celle de l-CLSC;**
- **Les activités de téléphonie, avec et sans fil, pour l'ensemble de l'organisation.**

1 L'approche *Lean* met à contribution tous les acteurs pour éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise, d'une unité de production ou d'un département notamment grâce à la résolution de problèmes. Pour cela, le *Lean* élimine les opérations qui n'apportent pas de valeur ajoutée pour l'usager.

Statistiques Accueil, Archives et Téléphonie

Centre hospitalier	2013-2014	2012-2013
Nombre de dossiers codifiés et analysés par les archivistes (adm. et chir. 1 jour)	8 140	8 370
Nombre de visites en cliniques externes avec ouverture de dossier	49 688	49 205
Nombre de rendez-vous donnés à la centrale (téléphone et comptoir)	54 778	59 375
Nombre de demandes de copies de dossiers à la correspondance	9 125	8 325
Nombre de dossiers prêtés aux unités	104 752	99 024
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	4 687	4 576
Nombre de déplacements effectués par le service de brancardage	20 608	20 146
Nombre de rapports médicaux transcrits (protocole, feuilles sommaires, consultations...)	46 077	44 223
CLSC		
Nombre de demandes de copies de dossiers à la correspondance	440	613
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	2 417	2 461

Dossier clinique informatisé (DCI)

Au cours de la dernière année, les principaux efforts déployés en lien avec le DCI furent pour le déploiement de la phase de numérisation en courte durée. C'est donc l'ensemble du personnel clinique et médical de l'hôpital qui a été formé afin d'être en mesure de consulter les documents numérisés. Plusieurs aménagements ont également été faits sur les différentes unités afin de pouvoir adapter les lieux physiques et faire l'ajout des postes informatiques nécessaires à son utilisation. Le service des archives, au cœur de ce changement, a adapté leurs processus de travail afin de numériser l'ensemble des formulaires à archiver de la clientèle de courte durée, et ce, dans un délai très court. Le comité des formulaires a poursuivi ses travaux en lien avec la réingénierie des formulaires en 1re ligne et en longue durée. Une politique de gestion des formulaires a été adoptée suite au déploiement. Plusieurs rencontres d'information ont eu lieu avec les intervenants de 1re ligne afin d'amorcer le déploiement dans ce secteur d'activités.

Grâce à l'implication de l'équipe informatique, un projet pilote de mobilité a émergé pour répondre aux besoins cliniques de certains utilisateurs. Dans cette foulée, des tablettes I-PAD sont disponibles pour nos équipes de médecine générale à l'hospitalisation et à l'urgence et des postes ont été virtualisés pour la clinique externe de gynécologie.

6.1.4 Effectifs de l'établissement au 31 mars 2014

Effectifs de l'établissement en date du 31 mars 2014	2013-2014	2012-2013
Personnel cadre		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	37	39
Temps partiel	8	8
Nombre de personnes : Équivalent temps complet ([1]) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	4,3	4,3
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	645	635
Temps partiel	468	470
Nombre de personnes : Équivalent temps complet ([1]) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	238	289
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	354 792	343 960
Équivalents temps complet ([2])	194	188

[1] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
- Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail à temps complet du même corps d'emploi.

[2] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les employés occasionnels :
- Nombre d'heures rémunérées divisées par 1 826 heures.

6.2 Rapport d'activités soins et services

Les données fournies dans les tableaux suivants peuvent différer des résultats de l'entente de gestion, puisque dans certains cas, celles-ci n'incluent pas l'ensemble des activités d'un service.

6.2.1 Direction de la qualité, des services ambulatoires et de 1re ligne

Cette direction dispense principalement des activités de protection, de promotion et de prévention de la santé, des services sociaux généraux en établissement et dans les groupes de médecine familiale (GMF), des services en soins spirituels, religieux et des activités cliniques ambulatoires. Elle est également responsable du Service régional Info-Santé et Info-Social Saguenay–Lac-Saint-Jean ainsi que du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale. De plus, par la responsabilité dévolue par la loi, elle assure le suivi de l'ensemble des activités d'expertise, en matière de gestion des risques, de la qualité et des actifs informationnels de l'établissement. Toujours dans le but d'en faire un véritable réseau de services intégrés et d'assurer la continuité de ces mêmes services, la section suivante décrit sommairement les services dispensés aux individus.

Nos services

Programmes santé publique et santé au travail

Le Programme santé publique couvre les activités de protection, de promotion et de prévention de la santé. Il regroupe les services santé sexuelle, intervention communautaire, maladies infectieuses, vaccination, centre d'arrêt tabagique et le programme 0-5-30. En ce qui a trait au Service santé au travail, l'équipe a pour mandat de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies reliées au travail.

Principales réalisations

Vaccination

- **Utilisation de la nouvelle version du Protocole d'immunisation du Québec.**
- **Application du nouveau protocole du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) pour les filles de 4e année du primaire et du vaccin contre le méningocoque de *sérogroupe C* aux élèves de 3e secondaire.**

Intervention communautaire

- **Lancement du journal *La santé en mouvement* de la Table des partenaires en promotion et prévention.**
- **Lauréat du concours projet innovant *La grande virée communautaire* (tournées d'échanges, en autobus, pour découvrir l'ensemble des services communautaires du RLS).**

Santé au travail

- **Intensification des actions visant à prévenir les troubles musculo-squelettiques pour les travailleurs.**
- **Utilisation du guide *Programme de santé sectoriel* depuis novembre 2013.**

Santé publique et santé préventive	Usagers différents		Interventions		Demande de services	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Santé sexuelle – soins infirmiers *	807	809	1 494	1 419	101	109
Santé sexuelle – services médicaux	289	264	370	352	---	---
Santé sexuelle – services psychosociaux	68	80	84	111	---	---
Activités communautaires	69	70	1 074	669	---	---
Immunisation – maladies infectieuses	12 619	12 274	15 591	15 367	61	82
Cessation tabagique	50	55	116	141	---	---

** Comprend également des activités ponctuelles individuelles et de groupes*

Santé au travail **	Usagers différents		Interventions		Demande de services	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
Programme maternité sans danger	264	270	282	293	137	126
Programme de santé spécifique à l'établissement	---	---	17	24	9	14

*****Les statistiques de la Santé au travail sont comptabilisées du 1er janvier au 31 décembre annuellement.***

Programmes services généraux

Le Programme des services généraux rassemble les services de consultations sociales et psychologiques de 1re ligne, des services en soins spirituels et religieux, l'accueil psychosocial (accueil, analyse, orientation et référence) et la garde sociale concernant l'intervention dans le milieu effectuée par des intervenants en heures défavorables et l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. Il dispense également des soins infirmiers et des services psychosociaux dans les groupes de médecine familiale (GMF).

Principales réalisations

Services sociaux généraux

- Application des nouvelles *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* issue de l'Offre de services sociaux généraux du MSSS.

Intégration de professionnels en GMF

- Intensification des activités par les travailleurs sociaux et nutritionnistes en GMF.
- Participation aux travaux du MSSS afin d'élaborer le *Guide d'intégration des professionnels en GMF*.

Suivi étroit

- Implantation de la trajectoire de services lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation ou d'hébergement de crise, ou encore lorsque l'entrée et la sortie de la personne se font en heures défavorables (fin de semaine) afin d'assurer la prise en charge et le suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Prévention du suicide

- Collaboration à la formation sur *les bonnes pratiques en prévention du suicide* d'une trentaine d'intervenants.
- Participation à l'implantation du nouvel *Algorithme d'arrimage entre Info-Social, la garde sociale et les centres hospitaliers*.

Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile

- Formation de 10 professionnels afin d'intervenir rapidement lors d'événements traumatisants ou à caractère exceptionnel. Ces services sont offerts à un groupe de personnes demandant un soutien psychologique.

Offre de service en dépendance pour une clientèle adulte

- Désignation d'un intervenant pivot, à temps partiel, pour exercer le repérage, l'intervention précoce et la prise en charge de la personne. L'intervenant pivot peut effectuer un suivi auprès de cette clientèle, lorsque requis.

Soins spirituels et religieux

- Collaboration au déploiement du *Programme des soins palliatifs*, à la mise en place d'un rituel de fin de vie et à l'intégration de bénévoles.

Services sociaux généraux	Usagers différents		Interventions		Demandes de service	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Accueil, analyse, orientation, référence (AAOR)	103	63	138	98	1 267	1 193
Garde sociale	104	94	154	124	---	---
Suivis en CLSC	338	328	1 343	1 506	107	103
Suivis en GMF	233	120	720	373	228	109

Services alternatifs à l'hospitalisation

Les Services alternatifs à l'hospitalisation regroupent plusieurs programmes, dont la Trajectoire des maladies chroniques, la Médecine de jour, les Services de santé courants, le Centre d'investigation clinique, le Guichet d'accès, l'inhalothérapie et 8 cliniques externes. La plupart des services offrent diverses activités cliniques ambulatoires pour la clientèle, principalement adulte et autonome. Les services en place permettent d'éviter l'hospitalisation et diminuent la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier. Ils améliorent l'accessibilité aux différents services en plus de promouvoir la santé.

Principales réalisations

Trajectoire des maladies chroniques (TMC)

- Nouveau partenariat entre le CSSS et le Centre de conditionnement Physico/Regain pour assurer le maintien de l'activité physique chez la clientèle à faible revenu.

Centre d'investigation clinique (CIC)

- Élaboration de 2 nouvelles ordonnances collectives soit l'insuffisance rénale chronique et la rhumatologie.
- Nomination d'une nouvelle coordonnatrice médicale.

Guichet d'accès

- Augmentation du nombre de jumelages des patients orphelins.

Inhalothérapie

- Ajout d'une clinique de pneumologie 3 après-midis par semaine de janvier à avril 2014 pour diminuer la liste d'attente.
- Collaboration avec l'ajout d'une ressource en inhalothérapie au soutien à domicile pour la Démarche HIVER.

Clinique externe d'oncologie

- Implantation des logiciels de rendez-vous, de *MED-IQ* et du planificateur de traitements en chimiothérapie.
- Service de massothérapie offert à la clientèle sous chimiothérapie au cours de l'année et de façon transitoire. Cette clientèle a eu accès à 75 massages gratuits offerts par la Fondation québécoise de massothérapie (FQM).
- Poursuite de la phase 2 du Registre québécois de cancer (RQC) avec l'ajout de la saisie du système international de classement des cancers et des pathologies ainsi que tous les traitements de 1re ligne pour les cancers colorectaux en janvier 2014. Depuis décembre 2013, utilisation du dépisteur permettant de vérifier les rapports positifs (histologie et cytologie).

Cliniques externes et médecine interne

- Arrivée de 2 médecins internistes ayant comme spécialité respective l'hémato-oncologie et la rhumatologie.

Trajectoire des maladies chroniques	Usagers différents		Interventions		Demandes de service	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Asthme	73	94	180	201	38	---
Maladies cardiovasculaires *	224	223	1 207	1 326	429	---
Diabète	493	405	3 374	---	245	---
MPOC	251	167	1 112	741	145	---
Insuffisance rénale	47	30	164	85	9	---
Inhalothérapie – Autres	169	168	443	534	---	---

** Comprend également des activités ponctuelles individuelles et de groupes*

Services alternatifs à l'hospitalisation	Usagers différents		Nombre de visites ou interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Services santé courants	2 562	2 326	8 856	8 819
Médecine de jour : visites	4 418	4 119	---	---
Médecine de jour : hospitalisations	166	186	---	---
Apnée du sommeil	387	131	---	---
Hémato-oncologie : traitements IV	253	263	1 771	1 865
Hémato-oncologie : nouveaux cas *	162	192	---	---
Guichet d'accès : usagers jumelés à un md de famille	1 134	1 123	---	---
Centre d'investigation clinique	555	511	---	---

** Ce n'est pas tous les nouveaux cas avec un diagnostic de cancer qui reçoivent un traitement intraveineux

Cliniques externes	Usagers différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Chirurgie mineure	688	827	749	886
Pneumologie	2 115	1 938	3 819	3 663
Ophtalmologie	2 149	2 003	4 469	3 681
Médecine interne	644	168	1 131	208
Suivi de patient (follow-up)	808	666	924	731
Infectiologie	102	83	222	215
Orthopédie	5 359	5 332	15 153	14 837

Démarche des grands utilisateurs de soins et de services

La Démarche HIVER et la Démarche AIME sont deux programmes mis en place pour soutenir les grands utilisateurs de soins et de services de santé. La Démarche Hiver s'adresse particulièrement aux usagers atteints de pathologie cardiaque et pulmonaire ayant consulté l'urgence dans la dernière année. Pour ce qui est de la Démarche AIME, celle-ci s'adresse aux clientèles vulnérables, avec un profil de consommation de nos services d'urgence et d'hospitalisation élevé, présentant plusieurs pathologies chroniques et ayant des besoins particuliers. Les interventions s'articulent autour d'une meilleure coordination de services, d'arrimages avec le réseau local de services et une approche interdisciplinaire en collaboration avec le médecin de famille et les pharmacies communautaires. Les principaux objectifs sont de répondre adéquatement aux besoins de l'usager afin de le maintenir dans son milieu de vie et stabiliser sa condition.

Démarche HIVER

- Identification d'une cohorte de 200 usagers avec pathologies respiratoire et cardiovasculaire.
- Ajout d'une infirmière clinicienne assurant un suivi téléphonique auprès des usagers de la cohorte ainsi que de la coordination des services de 1re ligne.
- Ajout d'une inhalothérapeute qui assure le suivi et la prise en charge de la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) à domicile.
- Invitation personnalisée à plus de 500 personnes pour la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque.

Démarche AIME

- Mise à jour du portrait local de consommation de services.
- Poursuite des rencontres de sensibilisation et d'information.
- Collaboration au projet de recherche et d'intervention en 1re ligne : Vulnérabilité en 1re ligne et Soutien à l'Auto-GEStion (V1SAGES).
- Impact positif sur la durée de séjour hospitalier et de consultation à l'urgence (diminution de 50 %).

Cohorte *	2013-2014	2012-2013
Nombre de visites à l'urgence	186	350
Nombre d'admissions en centre hospitalier	52	139
Nombre de séjours hospitaliers	1 111	1 817
Nombre d'interventions en CLSC	1 725	1 926

* Cohorte de 45 personnes vivant avec une ou plusieurs pathologies chroniques, ayant un profil de clientèle vulnérable.

Gestion des risques et de la qualité

Ce programme vise à assurer la sécurité des usagers ainsi que la qualité des soins offerts dans l'ensemble du CSSS. Pour ce faire, il couvre plusieurs volets dont : la prévention des infections, les rapports d'accidents et incidents, la sécurité des actifs informationnels, l'amélioration continue de la qualité et l'agrément.

Principales réalisations

Agrément

- Deuxième suivi de la visite d'Agrément Canada en 2012, rendant ainsi conforme l'établissement.
- Les équipes qualité ont poursuivi l'amélioration continue de la qualité des soins et services et ont aussi élaboré des plans d'amélioration de la qualité dans leur secteur respectif.

Sécurité des soins et services

- Formation de gestionnaires et d'AIC sur l'analyse et la divulgation des accidents et incidents.
- Formation et préparation de la décentralisation des formulaires AH-223.

Sécurité des actifs informationnels

- 55 dossiers traités.
- Formation sur l'autorisation des accès (GAA) dans le cadre du Dossier Santé Québec (DSQ).

Prévention des infections

Ce service est responsable d'appliquer le programme de prévention des infections de façon quotidienne. Le service intervient en fonction de son champ d'expertise auprès de tous les secteurs d'activités de l'ensemble du CSSS, auprès de tous les titres d'emplois ainsi qu'à tous les niveaux hiérarchiques afin d'émettre des recommandations pour assurer la sécurité des usagers et éviter la transmission des infections nosocomiales.

Principales réalisations

- Élaboration d'un plan de gestion des éclosions majeures;
- Participation aux différents chantiers de construction;
- Instauration d'une vigie sur l'émergence des carbapénémases;
- Vigie pour la première année d'implantation du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique par une firme externe;
- Gestion des éclosions :
  - Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) en médecine du 24 février au 10 mars 2014.
  - Diarrhée associée au Clostridium Difficile (DACD) en médecine du 15 avril au 5 juillet 2013 et du 7 février au 7 mars 2014.
  - Gastro-entérite à l'Unité de gériatrie active du 23 avril au 23 mai 2013.

Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Le Service régional Info-Santé et Info-Social offre des consultations téléphoniques 24/7 pour les volets santé et social ainsi que la Télésurveillance pour le maintien de l'autonomie de personnes désirant augmenter leur sécurité à domicile ou en résidence. Le Réseautage des services de crise facilite l'arrimage entre les différents partenaires œuvrant en contexte de crise psychosociale et soutient la mise en réseau de ces services. Le CRAIP œuvre à la réalisation de différents mandats provinciaux dont la validation, la diffusion et la mise à jour des Guides d'intervention Info-Social (GIIS), de la formation Info-Social et divers outils cliniques. La nouvelle approche de soins et services à distance Télésoins a pour but d'aider les usagers à mieux comprendre leur maladie et à autogérer leurs symptômes tout en demeurant à domicile.

Principales réalisations

Réseautage des services de crise

- Soutien aux CSSS des régions 02 et 10 pour la mise en place des balises provinciales concernant le Suivi étroit.
- Accompagnement des CSSS pour l'implantation du nouvel *Algorithme d'arrimage entre Info-Social, la garde sociale et les centres hospitaliers*.

Télésurveillance

- Analyse du sondage de la satisfaction de la clientèle démontrant un taux de satisfaction de 97,6 %.
- Rédaction d'une offre de service et d'un plan d'action consistant à offrir le service à la région 10.
- Augmentation de 76 clients à la Télésurveillance pour un total de 1 381.
- Rédaction d'une entente de collaboration et d'un plan d'action concernant la réception de la ligne dédiée aux signalements du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean et Chibougamau.

CRAIP

- Octroi d'un mandat, par le MSSS, pour le développement d'un guide d'estimation et de gestion du risque d'homicide (incluant les outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide) et la formation associée. Ce guide s'adresse à l'ensemble des intervenants du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec.
- Révision des guides d'intervention Info-Social (GIIS) portant sur le suicide en conformité avec le *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*.

Info-Social

- Révision du Programme des appelants réguliers permettant une mobilisation efficace de ces usagers.
- Présentation d'un projet pilote *Module de soutien informatique pour les victimes ou les témoins d'intimidation*.

Info-Santé

- Plan d'action mis en place afin de répondre aux indicateurs de performance définis par le *Cadre de gestion provinciale d'Info-Santé*.
- Rédaction d'un projet de service 24/7 visant l'augmentation de la performance Info-Santé.

Télésoins

- Identification des principaux constats du projet pilote.
- Élaboration de trajectoires de services avec les principaux partenaires, dont le CSSS, le Soutien à domicile et les groupes de médecine familiale (GMF) du territoire Lac-Saint-Jean-Est.
- Réalisation et analyse d'un sondage de satisfaction de la clientèle Télésoins.

Statistiques du Service régional Info-Santé, Info-Social et Télésurveillance

Info-Social	2013-2014	2012-2013
Appels répondus	22 462	23 530
Interventions complémentaires	9 149	7 957
Clientèle enregistrée	1 239	1 517
Niveau de service	88 %	88 %
Délai moyen d'attente	1,20 min	1,20 min
Durée moyenne d'intervention	30,35 min	28,23 min
Info-Santé		
Appels répondus	99 829	92 362
Clientèle enregistrée	2 563	2 521
Niveau de service	86 %	81 %
Délai moyen d'attente	2,35 min	3,48 min
Durée moyenne d'intervention	13,00 min	13,62 min
Télésurveillance		
Clientèle inscrite	1 381	1 305
Alarmes	25 526	22 541

6.2.2 Direction des réseaux de services santé mentale et famille–enfance–jeunesse

La Direction des réseaux de services santé mentale et famille-enfance-jeunesse comprend 3 groupes de services : la Santé maternelle et infantile, le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes et le Réseau de services de santé mentale adultes. Elle inclut donc 3 unités de soins de courte durée de l'hôpital soit la périnatalité, la pédiatrie et la psychiatrie, de même que tous les services dans la communauté aux familles, aux enfants et aux adolescents, ainsi que les services de santé mentale aux jeunes et aux adultes.

La notion de réseau de services fait référence à la nécessité de coordonner les services par des collaborations ou des partenariats avec les autres organismes du milieu qui offrent des services aux mêmes usagers que nous. C'est par l'animation de tables de concertation et de comités intersectoriels que nous réussissons, avec nos partenaires, à améliorer et à développer l'offre de service locale.

Nos services

Programme santé maternelle et infantile

Le Programme SMI regroupe les unités de périnatalité (incluant l'unité de néonatalogie) et celle de pédiatrie. Notre centre mère-enfant offre 7 chambres de naissance. En plus d'assurer des soins de qualité et sécuritaires grâce à l'Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux AMPRO[OB] , tout le personnel se préoccupe de soutenir les mères dans leur désir d'allaiter alors que la direction poursuit l'objectif de devenir un établissement *Amis des bébés*. Quant à notre unité de pédiatrie, elle prodigue des soins aux enfants hospitalisés et possède aussi une chambre d'isolement à pression négative. Les 2 unités de soins admettent aussi des usagers qui requièrent des soins de médecine selon certains critères d'admission. Les 2 services offrent aussi de nombreuses activités en externe dont :

Périnatalité

- **Services externes d'obstétrique;**
- **Clinique externe de gynécologie incluant les grossesses à risque élevé (GARE);**
- **Dépistage prénatal du syndrome de Down;**
- **Dépistage auditif du nourrisson (2e dépistage).**

Pédiatrie

- **Service de pédiatrie de jour;**
- **Clinique externe de pédiatrie;**
- **Clinique d'allergies.**

Périnatalité (unité de soins)	2013-2014	2012-2013
Nombre de jours/présence	3 526	3 985
Taux d'occupation/lits périnatalité (9 lits)	64,23	72,79
Nombre d'accouchements	431	549
Nombre des naissances	570	710
Nombre de césariennes	134	155
Néonatalogie (unité de soins)		
Nombre de jours présence à la pouponnière	1 772	1 757
Nombre de jours présence en néonatalogie	413	352
Nombre de bébés prématurés	34	34
Nombre de bébés de petits poids (moins de 2 500 gr.)	19	24
Gynécologie-obstétrique (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de gynécologie	4 291	3 869
Nombre d'échographies	1 411	2 108
Nombre d'activités obstétricales (TRF, PEL)	2 480	3 409
Nombre de dépistages prénataux du Syndrome de Down	488	350
Nombre de dépistages externes de la surdité du nourrisson (2e)	115	113

Initiative Amis des bébés	2013-2014	2012-2013
Désir d'allaiter à l'arrivée	74 %	76 %
Taux d'allaitement au départ	63 %	64 %
Pédiatrie (unité de soins)		
Nombre de jours/présence	3 281	2 753
Taux d'occupation – pédiatrie (6 lits)	47,13	33,52
Taux d'occupation – (pédiatrie –médecine (18 lits)	49,94	41,90
Pédiatrie (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de pédiatrie	3 467	3 016
Nombre de visites en pédiatrie de jour	2 261	2 499
Nombre de visites à la clinique d'allergies	505	477

Principales réalisations

- **Programme AMPRO[OB] : prix de reconnaissance à la fin de la première partie;**
- **Réanimation néonatale : mise à jour des techniques et équipements;**
- **Octroi d'Opération Enfant Soleil de 14 500 $: acquisition d'une table irradiante Giraffe[MC];**
- **Offre de service pour le diabète juvénile : révision des procédures.**

Le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes

Le Réseau de services famille-enfance-jeunesse et santé mentale jeunes comprend des services universels, qui sont offerts à toute la population du territoire sans restriction. Par le biais de son programme jeunes en difficulté, des services plus intenses et fréquents sont offerts aux familles, aux enfants et aux adolescents lorsque les services réguliers ne peuvent apporter des solutions satisfaisantes et durables.

Les services universels

- **Services externes de périnatalité incluant l'enseignement prénatal et l'offre de tests de dépistage pour 4 maladies génétiques récessives régionales;**
- **Cliniques de dépistage des retards de développement (18 mois et 3 ans);**
- **Services sociaux scolaires et aux familles;**
- **Programme de prévention de la santé dentaire;**
- **Service de santé dans les écoles;**
- **Dépistage et intervention en orthophonie (0–5 ans).**

Les services jeunes en difficulté

- **Service intégré de périnatalité et petite enfance (SIPPE) de la grossesse à 5 ans;**
- **Programme de prévention de la négligence parentale – Effet papillon;**
- **Services psychosociaux – service de référence personnalisée du Centre jeunesse;**
- **Service d'intervention de 1re ligne en dépendance;**
- **Suivi intensif et de crise;**
- **Santé mentale jeunes – guichet d'accès et services de 1re ligne.**

Famille–enfance–jeunesse**	Usagers différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Périnatalité – (incluant soins infirmiers, auxiliaires familiales, nutrition, maladies génétiques et SIPPE)	1 529	1 534	3 847	3 400
SIPPE	135	114	1 610	1 204
Cours prénataux (groupe)	22	23	106	99
Tests dépistage de 4 maladies génétiques	432	422	494	498
Orthophonie (0-5 ans)	91	118	290	256
Services psychosociaux – Jeunes	872	771	4 656	4 166
Santé mentale jeunes	162	140	1 367	1 170

Famille–enfance–jeunesse**(suite)	Usagers différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Suivi intensif de crise	80	84	886	997
Effet papillon (groupe mères seulement)	4	3	70	43
Scolaire – soins infirmiers	319	261	1 133	682
Santé dentaire – soins préventifs	453	411	790	702
Services médicaux – dépendance	14	3	95	6

** Certaines activités ont également des activités ponctuelles individuelles et de groupe

Principales réalisations

- Équipe d'intervention jeunesse (EIJ) : intégration du service EIJ dans la direction;
- Programme de prévention de la négligence parentale Effet papillon (2e groupe, volet 6–12 ans) en partenariat avec la Maison des familles;
- Persévérance scolaire : activité de mobilisation en collaboration avec le CRÉPAS;
- Avenir d'enfants – octroi d'un budget pour mettre en œuvre 11 initiatives pour les 0–5 ans;
- Problème de dépendance chez les jeunes : révision de la trajectoire de service;
- Programme « CONCERTO-Accueil du nouveau-né » implantation locale en collaboration avec le Centre jeunesse et l'équipe SMI.

Principales collaborations SMI et FEJ-JED

- Initiative Amis des bébés (an 2) : formation des professionnelles et comité local;
- Service de sages femmes du CSSS de Chicoutimi : travaux pour une entente de collaboration;
- Services suite à un diagnostic de TDAH : structuration de l'offre de service locale.

Santé mentale adultes

Le Service de santé mentale adultes regroupe l'Unité d'hospitalisation de soins aigus de psychiatrie, la Clinique externe de psychiatrie et les services dans la communauté d'évaluation, de santé mentale de base, le Soutien d'intensité variable et le Suivi intensif. Tous ces services sont offerts en individuel ou par des équipes de travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, psychoéducatrices et éducatrices spécialisées. Le programme inclut aussi le suivi et la réadaptation des personnes hébergées en ressource de type familial (15 places), à la ressource intermédiaire Domaine Lajoie (14 places), en résidence avec ressource d'assistance continue RRAC (6 places) et finalement au Groupe Le P.A.S., lits de crise, dépannage et transition (8 places).

Psychiatrie (unité de soins)	2013-2014	2012-2013
Nombre de jours/présence	4 160	5 423
Taux d'occupation lits dressés (16 lits)	71,23	92,86
Santé mentale (activités externes)		
Nombre de visites à la clinique externe de psychiatrie	2 563	2 453
Nombre d'usagers différents (adultes) – CLSC	583	566
Nombre d'interventions (soins infirmiers, services psychosociaux, réadaptation et aide à domicile) – CLSC	8 936	9 636
Nouvelles demandes - CLSC	320	287

Principales réalisations

- Services de soutien clinique aux partenaires (professionnel répondant) signature de 8 protocoles de collaboration;
- Démarrage du groupe sur l'entraînement des habiletés métacognitives pour les usagers présentant une psychopathologie de schizophrénie;
- Groupe de sensibilisation sur la santé mentale : démarrage des activités;
- Guichet d'accès aux services de santé mentale : mise en œuvre janvier 2014;
- Comité local de concertation en santé mentale (réactivation) : 5 rencontres.

6.2.3 Direction des soins infirmiers, services multidisciplinaires, programmes SAPA et déficience

La DSISM-SAPA-D a la responsabilité de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins. De par son rôle au niveau des soins infirmiers et selon la responsabilité qui lui est dévolue par la Loi, elle s'assure du développement et du maintien des compétences des équipes de soins. La philosophie de soins *Le Caring* guide les actions et les décisions en ce sens. Elle comprend également la gestion administrative de différents services : le Soutien à domicile et milieu de vie, les centres d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix, Isidore-Gauthier et Le normandie, les Services diététiques ainsi que la Performance clinico-administrative de l'établissement.

Principales réalisations

- Implantation des dossiers cartables en longue durée;
- Implantation des recommandations du plan d'amélioration suite à la visite du MSSS au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;
- Formations diverses : soins palliatifs pour personnel de soins et bénévoles ; PTI avancée ; AAPA ; AGIR (ateliers sur la communication);
- Consolidation des équipes interdisciplinaires en longue durée;
- Déploiement du programme prévention et traitement des plaies de pression;
- Création, révision et support pour les ordonnances collectives, les protocoles et les procédures;
- Poursuite du déploiement des services en nutrition clinique à la GMF de Lac-Saint-Jean-Est;
- Implantation du projet d'optimisation des services alimentaires : nouveaux chariots de distribution de repas, et nouvelle courroie d'assemblage Lean à l'Hôpital d'Alma et mise en place du nouveau mode de distribution de repas au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;
- Élaboration d'un nouveau menu cyclique de 5 semaines pour l'hôpital et les CHSLD;
- Intégration d'une inhalothérapeute au SAD;
- Intégration d'un éducateur spécialisé pour la clientèle DI-TED en SAD;
- Mise en place du comité local de concertation avec les représentants des RI-RTF;
- Ajout d'un intervenant dédié en soins palliatifs;
- Construction de la ressource intermédiaire en déficience physique (RI-DP);
- Restructuration de l'offre de service en centre de jour;
- Réorganisation du travail au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;
- Restructuration du service des loisirs et des activités en CHSLD;
- Implantation du programme d'accueil pour les nouveaux employés au Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix;
- Amélioration de l'environnement physique des chambres des résidents au Centre d'hébergement Isidore-Gauthier;
- Ajout de 22 chambres supplémentaires au Centre d'hébergement Le normandie.

Programme de soutien à domicile

Le Programme de soutien à domicile (soins infirmiers, psychosociaux et nutritionnels, service de réadaptation, prévention des chutes, soins palliatifs et centre de jour) vise à améliorer et à maintenir l'autonomie de la clientèle afin qu'elle puisse demeurer dans son milieu de vie naturel, et ce, le plus longtemps possible.

Soutien à domicile	Usagers différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Aide à domicile	763	652	28 659	25 931
Nutrition à domicile	303	227	1 392	909
Soins infirmiers à domicile	2 455	2 423	29 568	28 732
Services psychosociaux à domicile	1 296	1 032	6 623	4 328

Service de réadaptation – volet soutien à domicile

Ce programme vise à améliorer et maintenir l'autonomie fonctionnelle de la clientèle. L'équipe de réadaptation du SAD compte des ergothérapeutes, une orthophoniste, des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Les interventions préventives, d'adaptation et de réadaptations sont individuelles ou en groupes et réalisées dans la communauté, à domicile ou en centre de jour

Principales réalisations

- **Physiothérapie : consolidation de l'offre de service en centre de jour;**
- **Ergothérapie : ajout de jours de service;**
- **Physiothérapie : implantation de groupes restreints (0–5) pour la clientèle en perte d'autonomie.**

Réadaptation – volet 1re ligne	Usagers/groupes différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Ergothérapie à domicile	328	207	1 975	1 212
Physiothérapie à domicile	576	378	3 911	2 364
IMP – Prévention des chutes	122	106	299	257
Prévention des chutes - PIEDS	7	7	130	98

Centres d'hébergement et de soins de longue durée

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation, ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes hébergés en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle.

Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix

Le Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix dispose de 147 lits dont 135 sont dédiés aux personnes en perte d'autonomie présentant des troubles de comportement ou des problèmes cognitifs. L'établissement offre également 10 lits posthospitaliers et 2 lits d'hébergement temporaire.

Centre d'hébergement de Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	2013-2014	2012-2013
Admissions en hébergement permanent	94	88
Admissions en hébergement temporaire	37	27
Transferts vers d'autres installations	30	24
Décès	60	67
Lits posthospitaliers		
Admission	41	71
Durée moyenne de séjour (j)	34,1	40,1
Nombre d'usagers orientés vers le domicile et RPA	39	54
Nombre d'usagers orientés vers en RI	1	3
Nombre d'usagers admis en CHSLD	2	5
Nombre d'usagers orientés en CHSGS	5	5
Nombre d'usagers orientés vers une URFI	0	1

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier

Le Centre d'hébergement Isidore-Gauthier dispense des soins et services de longue durée à 32 résidents. Un lit d'hébergement temporaire est également disponible. Un centre de jour est hébergé dans cette installation.

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	2013-2014	2012-2013
Admissions en hébergement permanent	20	17
Admissions en hébergement temporaire	30	27
Transferts vers d'autres installations	1	27
Décès	17	18

Centre d'hébergement Le normandie

Le centre d'hébergement accueille 35 résidents en soins de longue durée ainsi que 12 usagers présentant des problèmes de comportements perturbateurs, au sein d'une unité spéciale permettant d'obtenir une réponse adaptée à leurs besoins, en fonction des impacts inhérents à la maladie et de faciliter leur intégration dans la communauté.

Centre d'hébergement Le normandie	2013-2014	2012-2013
Admissions en hébergement permanent	19	11
Admissions en hébergement temporaire	14	31
Transferts vers d'autres installations	2	6
Décès	13	10

Services de diététique et de nutrition clinique

Le Service de diététique a comme mission d'assurer une alimentation saine et équilibrée à sa clientèle, en plus d'un traitement nutritionnel optimal selon les normes et principes de nutrition. Dans le cadre de cette mission, le Service de nutrition clinique offre des services à la clientèle en courte et en longue durée, ainsi que dans les différents programmes de 1re ligne dont le CLSC et les GMF.

Service de nutrition clinique	Usagers hospitalisés		Usagers en clinique externe	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Hôpital d'Alma	478	450	178	210
CH Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	68	112	---	---
CH Le normandie	14	22	---	---
CH Isidore-Gauthier	19	32	---	---

Service de nutrition de 1re ligne	Usagers différents		Interventions	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Allergie alimentaire	2	4	4	5
Nutrition à domicile	303	227	1 392	909
Périnatalité (incluant SIPPE nutrition)	109	111	427	430
Trajectoire des maladies chroniques	488	493	801	830
Nutrition en GMF	68	15	117	17

Autres indicateurs	2013-2014	2012-2013
Total repas servis	482 054	491 310
Total heures travaillées (excluant heures nutrition cliniques liées aux progammes)	89 915	90 122
Coût des repas	8,11 $	7,57 $
Ventes de services	301 447 $	312 490 $
Total heures travaillées nutrition clinique liées aux programmes *	6 993	7 230

* *La nutritionniste de la clinique réseau GMF d'Alma ne comptabilise pas de statistiques concernant le nombre d'usagers rencontrés et les interventions données.*

Conseillère multidisciplinaire

Elle veille à uniformiser les pratiques professionnelles, tout en offrant un soutien à l'ensemble des services cliniques psychosociaux, de réadaptation et de santé physique.

Principales réalisations

- **Harmoniser les processus cliniques;**
- **Mise en œuvre du cadre de référence des Standards de pratiques cliniques pour les services psychosociaux en CLSC;**
- **Collaborer à la rédaction de cadres de références : services généraux, SAD, UGA et CHSLD;**
- **Rédaction de la procédure d'assiduité aux rendez-vous;**
- **Harmoniser le rôle et les fonctions des coordonnateurs professionnels : projet Mentorat, supervision et rédaction d'une grille spécifique de compétence;**
- **Collaborer au développement d'une culture sur le travail en l'interdisciplinarité.**

Coordination PSI/PSII	Demandes de service	
	2013-2014	2012-2013
Prise en charge	3	6
Réorientation	0	2
En suspens	0	1

6.2.4 Direction de la santé physique et des communications

Nos services de santé physique s'adressent majoritairement à la population adulte requérant des services diagnostiques, médicaux de courte durée ou chirurgicaux.

L'urgence et nos services diagnostiques sont à caractère universel et s'adressent à toute la population. Le mandat de la direction consiste à :

- **Couvrir le continuum de soins et services, de la prévention et promotion, en passant par le dépistage, l'investigation, les traitements, le soutien et les soins palliatifs de fin de vie;**
- **Assurer une réponse à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversibles;**
- **Instaurer des réseaux de services intégrés pour assurer la continuité des soins et services;**
- **Offrir des examens diagnostiques pour les usagers hospitalisés et ambulatoires.**

De plus, l'embauche d'une agente d'information en juillet 2013 permet de donner davantage d'accompagnement et de soutien en stratégies de communication à nos équipes. En collaboration avec les gestionnaires, elle réalise des outils et des activités aptes à favoriser la circulation de l'information et à susciter les communications tant internes qu'externes, au sein de l'organisme.

Nos services

Service de chirurgie, bloc opératoire et chirurgie d'un jour

Le Programme de chirurgie comprend le Département du bloc opératoire, la Chirurgie d'un jour, la Clinique préopératoire, l'Unité d'endoscopie, le Département de chirurgie et l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (stérilisation).

Principales réalisations

Bloc opératoire

- Travaux de modernisation des lieux au bloc opératoire phase 1;
- Implantation du logiciel Opéra peropératoire pour l'informatisation du bloc opératoire;
- Poursuite de la révision des processus de travail au bloc opératoire et en chirurgie d'un jour;
- Poursuite de la révision des processus à la clinique préopératoire.

Chirurgie

- Révision du suivi systématique pour les prothèses totales du genou et de la hanche :
  - Création d'une rencontre de groupe pour les usagers;
  - Visite à domicile de l'équipe de réadaptation avant l'intervention;
  - Réduction de la durée moyenne de séjour de 7 jours à 4 jours;
  - Mise en place d'un comité de suivi des indicateurs en collaboration avec les orthopédistes :
- Fermeture de 4 lits au département de chirurgie;
- Réorganisation du travail au Département de chirurgie.

Retraitement des dispositifs médicaux

- Renouvellement des équipements :
  - 2 fours à vapeur;
  - Laveur ultrason;
  - Laveur décontaminateur;
- Mise en place d'un contrat de service pour le retraitement des dispositifs médicaux à usages uniques.

Chirurgie	2013-2014	2012-2013
Durée moyenne de séjour P.T.G. P.T.H.	4	7
Bloc opératoire et chirurgie 1 jour		
Nombre de chirurgies P.T.G. P.T.H.	332	231
Chirurgies avec hospitalisation	1 098	1 051
Chirurgies 1 jour	1 218	1 223
Chirurgies cataracte	1 218	1 307
Endoscopies	3 005	3 011
Unité de retraitement des dispositifs médicaux		
Plateaux	9 338	8 725
Contenants rigides	7 896	6 914
Paquets	29 205	29 748
Pochettes papier	42 144	41 715
Stérilisation des dispositifs médicaux endoscopie	3 005	3 011

Service de laboratoires

Le Département de biologie médicale offre, 24 heures par jour, des analyses de routine et spécialisées dans les différentes disciplines de la biologie médicale : biochimie, hématologie, immuno-hématologie, microbiologie et pathologie. Un éventail d'analyses diversifiées en accord avec les directives ministérielles de hiérarchisation des analyses sont disponibles. Plusieurs activités sont réalisées : le prélèvement, l'analyse, la gestion de la banque de sang et autres.

Principales réalisations

- Acquisition d'un nouvel appareil pour évaluer la fonction plaquettaire;
- Changements de technologies et de méthodologies afin d'assurer la qualité et la fiabilité des résultats :
  - Remplacement de l'appareil urinaire et modification des valeurs de références;
  - Remplacement de l'analyseur de coagulation.

Laboratoires de biologie médicale	2013-2014	2012-2013
Unités *	965 425	946 620
Valeurs pondérées **	2 577 932	2 535 230

* L'unité se définit comme une analyse, une manipulation, une préparation, un traitement de substances d'origine humaine conduisant à une thérapie ou à la production de résultats.

** La valeur pondérée se définit comme la valeur relative associée à chacune des procédures. La valeur pondérée est une valeur qui reflète le niveau relatif de ressources nécessaires pour sa réalisation. Le calcul de la valeur pondérée tient compte des manipulations, des contrôles, des calibrations et des répétitions devant être effectués pour la réalisation de la procédure.

Clinique de prélèvements hors hôpital	Usagers rencontrés		Nombre de cliniques	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
L'Ascension	1 730	1 748	144	153
Hébertville	537	488	50	46
Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	2 544	2 340	214	229
Labrecque	541	591	48	51
Sainte-Monique	366	419	39	50

Service d'imagerie médicale

Le Service d'imagerie médicale comprend la radiologie générale, la scopie, l'échographie, la mammographie (incluant la stéréotaxie), la tomodensitométrie (TACO), la résonance magnétique (IRM), ainsi que le support (secrétariat et gestion du système PACS). L'équipe de travail est composée de 33 technologues et de 7 agentes administratives.

L'année 2013-2014 a été marquée par un travail d'équipe exceptionnel. Effectivement, tout le personnel de la mammographie a contribué au retour à la normale suite au problème de l'année précédente (arrêt de la production de mammographie durant 3 mois).

Du côté du projet de la résonnance magnétique, la production d'examens a continué de progresser. Nous avons pratiquement atteint notre objectif de 7 500 examens et nous maintenons les délais d'attente à moins de 3 mois.

De manière générale, une augmentation du nombre d'examens est notée dans presque tous les secteurs.

Principales réalisations

- **Atteinte des objectifs de temps d'attente pour les différents examens, tels que mammographie, TACO, fluoroscopie et IRM;**
- **Consolidation du projet en échographie cardiaque et du projet de résonance magnétique (IRM)**

Imagerie médicale	2013-2014	2012-2013
Radiologie générale (graphie)	47 594	46 074
Échographie	11 381	12 738
Mammographie	5 333	4 371
Tomodensitométrie	10 953	10 213
Résonnance magnétique	7 484	6 193

L'électrophysiologie

L'électrophysiologie comprend l'électrocardiographie, le tapis roulant, l'installation de « Holter » et d'appareils de tension ambulatoires. Les électromyogrammes et les électroencéphalogrammes sont réalisés dans un autre CSSS.

Électrophysiologie	2013-2014	2012-2013
Examens réalisés	16 042	16 065
Unités techniques	234 945	250 197

Département de pharmacie

Le Département de pharmacie veille à ce que des soins et services pharmaceutiques efficaces, sécuritaires et de qualité soient prodigués aux usagers de notre CSSS.

Principales réalisations

- **Recrutement de 2 pharmaciens;**
- **Recrutement de 1 ATP senior pour le BCM sur les unités de soins;**
- **Développement des soins pharmaceutiques sur les unités de soins par des pharmaciens attitrés à des unités spécifiques;**
- **Mise en place des pompes Medfusion et Cadd Solis en chirurgie, salle d'opération, soins intensifs et périnatalité;**
- **Mise en place de la téléthrombolyse (ordonnance pré-imprimée et procédure nursing);**
- **Implantation d'un système de numérisation des ordonnances avec Numerx pour tout le CSSS;**
- **Accueil d'une première stagiaire à la maîtrise en pharmacie d'hôpital de l'Université Laval pendant 4 semaines en gériatrie active.**

Département de pharmacie	2013-2014	2012-2013
Ordonnances	178 024	170 516
DUAIC doses	167 180	150 676
Pharmacocinétique (usagers)	286	280
Hyperalimentation (usagers)	16	14
Thrombophlébite profonde (usagers)	55	72
Oncologie (heures pharmaciens)	2 080	1 885
Enseignement (étudiant)	1	4

Urgence et Soins critiques

Le Service d'urgence du CSSS est un centre secondaire désigné en traumatologie. Les services médicaux sont assurés par des omnipraticiens soutenus par des médecins spécialistes. De plus, des corridors de services sont établis avec le CSSS de Chicoutimi, ainsi que de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec pour les cas nécessitant des soins ultraspécialisés.

Le Service d'urgence compte 16 civières d'observation, ainsi que 2 civières de réanimation. Des ententes relatives à la réorientation des cas non urgents sont effectives avec la clinique réseau. L'urgence offre le service de thrombolyse des cas d'AVC avec la collaboration des neurologues du RUIS Laval, et ce, à l'aide de la télé-médecine.

Le CSSS dispose également d'une unité de soins intensifs de 6 lits. Une réorganisation du travail est en cours cette année dans la foulée d'un projet d'optimisation.

Une procédure de guichet unique avec le RUIS Laval pour les transferts vers des centres ultraspécialisés est en place et facilite l'accès à un intensiviste pour une prise en charge rapide des cas complexes.

Urgence	2013-2014	2012-2013
Admissions	26 440	26 617
Usagers sur civière	7 573	7 944
Usagers de 64 à 75 ans	3 030	2 539
Usagers 75 ans et +	3 178	3 367
Soins intensifs		
Adm. et transf. d'une autre unité de soins	718	646
Taux d'occupation %	58,95 %	63,47 %
Jours/présence	1 291	1 390

Programmes de médecine, unité de gériatrie active (UGA) et réadaptation

L'Unité de médecine dispose de 36 lits de médecine de courte durée et est l'unité dédiée pour les conditions dont un isolement est requis. L'UGA dispose pour sa part, de 9 lits de gériatrie active et offre à la clientèle les services d'une équipe interdisciplinaire.

Principales réalisations

- **Implantation du plan d'interventions interdisciplinaires informatisé à l'UGA;**
- **Révision du cadre de référence et des outils d'observation et d'intervention à l'UGA;**
- **Implantation de la grille d'observation lors de service privé;**
- **Révision du programme d'orientation des infirmières;**
- **Poursuite de l'application des principes APPA.**

	Médecine		Gériatrie	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Admissions	799	988	5	10
Admissions (transferts d'unité)	366	383	117	105
Taux occupation	92,51 %	92,07 %	88,13 %	77,88 %
Durée moyenne de séjour (DMS)	13,20	8,84	32	22,89

Services de réadaptation

Dans le cadre de sa mission, le Service de réadaptation offre des services généraux et spécialisés en audiologie, ergothérapie, orthophonie et physiothérapie à la clientèle hospitalisée en courte durée et en clinique externe. Il offre aussi des services de réadaptation en longue durée.

- **Évaluation et élaboration du plan de traitement;**
- **Dépistage;**
- **Application des traitements;**
- **Suivi et contrôle de l'évolution des cas;**
- **Recommandations d'aides techniques, d'appareillages divers;**
- **Approche interdisciplinaire.**

Principales réalisations

- **Orthophonie : implantation du service d'orthophonie adultes CH-CLSC en septembre 2014;**
- **Ergothérapie et physiothérapie : révision du suivi systématique PTG-PTH, réduction de la DMS;**
- **Ergothérapie : ajout de 2 jours d'intervention en ergothérapie hospitalisée et externe et ajout d'une journée d'intervention en ergothérapie en CHSLD.**

SERVICES	Courte durée		Longue durée		CSST		Total	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Ergothérapie								
Nombre usagers	567	310	162	164	0	0	729	474
Jours/traitement	1 089	740	541	317	0	0	1 630	1 057
Physiothérapie								
Nombre usagers	1 916	1 719	309	268	3	4	2 228	1 991
Jours/traitement	14 425	13 216	3126	3 664	16	67	17 567	16 947
Audiologie								
Nombre usagers	604	377	---	---	46	5	650	382
Jours/traitement	681	346	---	---	18	5	699	351

Services posthospitaliers *	2013-2014	2012-2013
Physiothérapie		
Nombre usagers	46	64
Jours/traitement	709	1 222

* Fermeture des lits le 26 février 2014

Orthophonie **	Courte durée		CLSC SAD		CLSC externe	
	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014	2012-2013
Usagers différents	25	---	16	---	13	---
Interventions	89	---	51	---	25	---

** Nouveauté — Début des services en P9 seulement

6.2.5 Unité de médecine familiale (UMF)

UMF d'Alma

L'Unité de médecine familiale d'Alma (UMF), affiliée à l'Université de Sherbrooke, a ouvert ses portes en 2007. Chaque année, en plus d'accueillir jusqu'à 8 médecins-résidents de niveau R1 et 8 médecins-résidents de niveau R2, elle peut accueillir entre 12 et 18 externes. Ces médecins-résidents sont encadrés et supervisés par plus d'une trentaine de médecins-superviseurs spécialistes et omnipraticiens expérimentés.

L'UMF est une unité d'enseignement où sont offerts des services analogues aux services dispensés dans un bureau privé conventionnel, tels que des consultations avec et sans rendez-vous, des consultations en clinique de chirurgie mineure et de pédiatrie, des consultations pour des suivis de grossesse et bien d'autres.

Unité de médecine familiale (UMF)	2013-2014	2012-2013
Nombre de visites	6 465	5 005
Nombre d'usagers	3 169	2 212

6.3 STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

6.3.1 Activités de 1re ligne (CLSC)

Par municipalité	2013-2014		2012-2013	
	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions
Secteur-Centre				
Alma (Delisle inclus)	12 058	83 766	11 637	74 249
Total Secteur-Centre	**12 058**	**83 766**	**11 637**	**74 249**
Secteur-Sud				
Desbiens	429	3 358	412	2 491
Hébertville	757	6 322	773	6 254
Hébertville-Station	657	3 123	637	3 060
Métabetchouan–Lac-à-la-Croix	1 559	8 842	1 505	8 092
Saint-Bruno	815	4 487	745	3 948
Saint-Gédéon	692	3 212	713	3 289
Total Secteur-Sud	**4 874****	**29 344**	**4 739**	**27 134**
Secteur-Nord				
Labrecque (Saint-Léon)	780	3 744	481	2 455
Lamarche (Notre-Dame-du-Rosaire)	232	1 379	222	1 157
L'Ascension-de-Notre-Seigneur	261	1 085	735	4 096
Saint-Henri-de-Taillon	484	2 878	267	942
Saint-Nazaire	688	3 126	700	3 387
Sainte-Monique	303	2 872	294	2 217
Total Secteur-Nord	**2 736**	**15 084**	**2 684 ****	**14 254**
Autres				
Indéfini*	26	272	22	347
Hors territoire	772	2204	683	1 647
GRAND TOTAL	**20 237****	**130 670**	**19 543 ****	**117 616**

* Indéfini correspond aux fiches usagers pour lesquelles aucun code postal n'a été inscrit lors de la création ou modification du dossier.

** Ce total peut ne pas correspondre au total de la colonne « nombre d'usagers », du fait que les usagers peuvent déménager en cours d'année.

SECTION 7 : Rapport d'activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et conformément aux articles 76.10 et 76.11, la commissaire locale transmet au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers, de même que le respect de leurs droits.

Sommaire des plaintes, des interventions, des consultations, des assistances et autres fonctions

Le tableau ci-dessous indique une diminution du nombre de dossiers traités par la commissaire aux plaintes comparativement à l'année précédente. Ces diminutions sont plus marquées en ce qui concerne les interventions et les autres fonctions.

Catégories	2013-2014	2012-2013
Plaintes	167	165
Plaintes médicales	15	15
Interventions	16	47
Consultations	23	37
Assistances	18	13
Autres fonctions	79	106

Le tableau ci-dessous indique les principaux motifs de plainte. On note une diminution significative au niveau des droits particuliers (accès au dossier, droit à l'information, confidentialité, consentement, etc.). Par contre, nous observons une augmentation marquée des plaintes au niveau des relations interpersonnelles (communication, attitudes, respect, etc.).

Principaux motifs de plaintes	2013-2014	2012-2013
Accessibilité	21	38
Soins et services dispensés	66	68
Relations interpersonnelles	53	36
Organisation du milieu, ressources matérielles	28	32
Aspect financier	32	36
Droits particuliers	14	120
Total :	214	330

Le rapport d'activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur le site Internet de l'établissement à l'adresse : www.santealma.qc.ca

SECTION 8 : Rapport de développement durable

Membres du comité

Louis Cousin (CQDD)
Marie-Claude Dion
Nicolas Dufour
Karine Gagnon
Johanne Girard
Bernard Larouche
Kim Larouche
Annie Lavoie
Annie Lessard
Éric Pedneault
Diane Roy
Johanne Simard

Depuis sa création, le comité de développement durable, soutenu par le Centre québécois de développement durable (CQDD), accompagne les gestionnaires dans certains projets et souhaite modifier les pratiques pour améliorer les performances sociales, environnementales et économiques de l'établissement. Cette démarche vise à faire du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est un établissement qui répond au besoin de la population en termes de services sociaux et de santé tout en permettant aux générations futures à répondre aux leurs. En 2013-2014, le comité a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action en suivant 3 axes dont les principales actions sont :

Axe 1 : Implanter un cadre de gestion orienté vers le développement durable

- Élaboration d'indicateurs permettant de mesurer l'impact environnemental, social et économique;
- Participation à la Table régionale en développement durable;
- Publication d'articles dans le journal interne de l'établissement.

Axe 2 : Réaliser des actions et des mesures favorisant le bien-être du personnel et de la population

- Installation d'un compteur d'eau dans une optique de réduction de la consommation (en cours);
- Poursuite de la distribution de bacs pour améliorer la récupération des matières recyclables;
- Aménagement d'une aire de pause et de repas à l'extérieur (en cours);
- Étude d'amélioration de l'accès piéton et mise en place d'un support vélo à l'entrée principale (en cours).

Axe 3 : Prendre en compte les principes de développement durable dans les projets majeurs

- Support au service alimentaire dans le choix d'équipements et de matériels;
- Adoption de mesures d'efficacité énergétique pour le projet d'agrandissement de l'urgence et des cliniques externes spécialisées;
- Support pour la filtration des eaux usées du laboratoire dans le cadre du projet d'agrandissement de l'urgence et des cliniques externes spécialisées;
- Suivi d'un projet visant à optimiser l'approvisionnement des CSSS en produits alimentaires régionaux. Ce projet est mis en place conjointement par l'Agence, la Table agro-alimentaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région;
- Accompagnement des projets de numérisation des archives et de mise en place d'un intranet. Ces projets devraient permettre d'économiser d'importantes quantités de papier, de réaliser un gain de temps dans la gestion des archives et de libérer un espace non négligeable préalablement destiné au stockage des archives papier.

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT – ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de service sociaux de Lac-Saint-Jean-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés , de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives , que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;

- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables .

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.S.[1]

Alma
Le 11 juin 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A112223

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Résultats du fonds d'exploitation
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Activités principales	Activités accessoires	2014 Total	2013 Total
	$	$	$	$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	94 530 709	615 193	95 145 902	90 591 942
Contributions des usagers	4 506 954		4 506 954	4 357 361
Ventes et services et recouvrements	1 197 925		1 197 925	1 682 158
Revenus de placement	146 263		146 263	131 595
Revenus de type commercial		991 855	991 855	872 074
Autres revenus	1 224 895	562 574	1 787 469	2 114 171
	101 606 746	1 945 339	103 776 368	99 729 301
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	74 821 680	866 964	75 688 644	73 210 556
Médicaments	3 965 299		3 965 299	4 079 824
Produits sanguins	869 116		869 116	803 469
Fournitures médicales et chirurgicales	4 845 088		4 845 088	4 336 758
Denrées alimentaires	999 241		999 248	921 213
Rétributions versées aux ressources non Institutionnelles	3 245 417		3 245 417	2 839 321
Entretien et réparations	992 174		992 174	1 085 131
Loyers	621 504		621 504	
Autres charges	10 298 978	631 667	10 930 645	11 496 086
TOTAL	100 658 504	1 478 631	102 157 135	98 772 358
SURPLUS DE L'EXERCICE	948 242 $	670 991 $	1 619 233 $	956 943 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Résultats
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2014	2013
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	**95 145 902**	**4 134 449**	**99 280 351**	94 749 724
Contributions des usagers	**4 506 954**		**4 506 925**	4 357 361
Ventes et services et recouvrements	**1 197 925**		**1 197 925**	1 682 158
Donations		**545 267**	**545 267**	594 967
Revenus de placement	**146 263**	**3 360**	**149 623**	138 292
Revenus de type commercial	**991 855**		**991 855**	872 074
Autres revenus	**1 787 469**	**99 844**	**1 887 313**	2 354 437
	103 776 368	**4 782 920**	**108 559 288**	104 749 013
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	**75 688 644**		**75 688 644**	73 210 556
Médicaments	**3 965 299**		**3 965 299**	4 079 824
Produits sanguins	**869 116**		**869 116**	803 469
Fournitures médicales et chirurgicales	**4 845 088**		**4 845 088**	4 336 758
Denrées alimentaires	**999 248**		**999 248**	921 213
Rétributions versées aux ressources non Institutionnelles	**3 245 417**		**3 245 417**	2 839 321
Frais financiers		**1 462 182**	**1 462 182**	1 684 673
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	**992 174**	**81 752**	**1 073 926**	1 208 638
Loyers	**621 504**		**621 504**	
Amortissement des immobilisations		**3 391 551**	**3 391 551**	3 115 932
Autres charges	**10 930 645**		**10 930 645**	11 496 086
TOTAL	**102 157 135**	**4 935 485**	**107 092 620**	103 696 470
SURPLUS DE L'EXERCICE	**1 619 233 $**	**(152 565) $**	**1 466 668 $**	1 052 543 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Surplus cumulés
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2014	2013
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
Solde au début déjà établi	**478 554**	**731 021**	**1 209 575**	157 032
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures		**1 357 590**	**1 357 590**	
Solde au début redressé	**478 554**	**2 088 611**	**2 567 165**	157 032
Surplus (déficit) de l'exercice	**1 619 233**	**(152 565)**	**1 466 668**	1 052 543
Transfert Interfonds	**(670 000)**	**670 000**		
SOLDE À LA FIN	**1 427 787 $**	**2 606 046 $**	**4 033 833 $**	1 209 575 $

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Situation financière
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2014	2013
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	7 981 726	467 975	8 449 701	8 898 356
Débiteurs – Agence et MSSS	3 997 165	351 194	4 348 359	4 480 822
Autres débiteurs	827 608	162 372	989 980	851 750
Créances interfonds	(2 443 024)	2 443 024		
Subventions à recevoir – réforme comptable	8 481 591	2 419 885	10 901 476	9 360 925
Frais reportés liés aux dettes		121 455	121 455	104 804
Autres éléments	181 395		181 395	154 884
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	19 026 461	5 965 905	24 992 366	23 851 541
PASSIFS				
Emprunts temporaires		9 596 031	9 596 031	8 333 620
Autres créditeurs et autres charges à payer	7 724 600	2 459 121	10 183 721	10 219 694
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées		2 483 258	2 483 258	1 231 417
Intérêts courus à payer		351 193	351 193	332 666
Revenus reportés	2 118 799	3 516 246	5 635 045	6 615 673
Dettes à long terme		38 107 770	38 107 770	36 251 150
Passif au titre des avantages sociaux futurs	9 144 874		9 144 874	9 204 845
Autres éléments	168 290	528	168 818	922 949
TOTAL DES PASSIFS	19 156 563	56 514 147	75 670 710	73 112 014
DETTE NETTE	(130 102)	(50 548 242)	(50 678 344)	(49 260 473)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		53 154 288	53 154 288	48 991 046
Stocks de fournitures	1 367 016		1 367 016	1 328 478
Frais payés d'avance	190 873		190 873	150 524
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	1 557 889	53 154 288	54 712 177	50 470 048
SURPLUS CUMULÉS	1 427 787 $	2 606 046 $	4 033 833 $	1 209 575 $

Pour le conseil,

Administrateur

Administrateur

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
Variation de la dette nette
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

Raymond Chabot Grant Thornton
L'instinct de la croissance

	Fonds		2014	2013
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
	$	$	$	$
DETTE NETTE AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIE	**(1 000 448)**	**(48 260 025)**	**(49 260 473)**	(44 802 869)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		**1 357 590**	**1 357 590**	
DETTE NETTE AU DÉBUT REDRESSÉE	**(1 000 448)**	**(46 902 435)**	**(47 902 883)**	(44 802 869)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**1 619 233**	**(152 565)**	**1 466 668**	1 052 543
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		**(7 554 793)**	**(7 554 793)**	(8 508 236)
Amortissements de l'exercice		**3 391 551**	**3 391 551**	3 115 932
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**—**	**(4 163 242)**	**(4 163 242)**	(5 392 304)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisitions de stocks de fournitures	**(38 538)**		**(38 538)**	(70 618)
Acquisitions de frais payés d'avance	**(40 349)**		**(40 349)**	(47 225)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	**(78 887)**	**—**	**(78 887)**	(117 843)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	**(670 000)**	**670 000**		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA DETTE NETTE	**870 346**	**(3 645 807)**	**(2 775 461)**	(4 457 604)
DETTE NETTE À LA FIN	**(130 102) $**	**(50 548 242) $**	**(50 678 344) $**	(49 260 473)

ANNEXE 1

Rapport de la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma

L'année 2013 aura été une année de changement à la Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Alors que la Fondation avait connu 25 ans de stabilité au sein de son personnel, l'année 2013 fut tout autre.

L'arrivée d'une nouvelle directrice générale à la fin du mois de janvier 2014 coïncidait avec le départ à la retraite de M^me^ Ginette Girard, adjointe à la direction générale qui comptait 25 ans de services à la Fondation. Une nouvelle ressource se joindra donc à l'équipe pour l'année à venir.

Activités de financement

CAMPAGNE POPULATION – La campagne auprès de la population, réalisée dans tous les foyers de Lac-Saint-Jean-Est, au printemps 2013, a rapporté un peu plus de 79 000 $, soit sensiblement le même montant qu'en 2012.

TOURNOI DE GOLF – Pour sa 29e édition, le Tournoi de golf de la Fondation sous la présidence d'honneur de M^me^ Dominique Dufour et M. Marcel Carrier, propriétaires de la pharmacie Jean Coutu d'Alma et M. Jeannot Boulianne, à titre de président du comité organisateur, a permis d'amasser la somme record de 93 000 $. Soulignons que M. Boulianne est membre du comité organisateur depuis le tout premier tournoi.

L'ART COMME THÉRAPIE – Initié par M^me^ Madeleine Leblanc en collaboration avec la Galerie d'art L'art à l'Affiche, le projet l'Art comme thérapie consiste à faire peindre une œuvre par des artistes locaux sur une tuile de plafond suspendu pour ensuite l'installer dans une chambre du CSSS. Pour la première édition, la Fondation a procédé à la vente d'une reproduction unique de chacune de ces œuvres.

LOTO-ÉVASION – En 2013, ce sont 576 billets qui ont été achetés par le personnel, médecins et bénévoles de notre CSSS, générant un profit de 47 376 $. Les équipements acquis avec les profits de la Loto-Évasion servent à faciliter le travail du personnel et à améliorer les soins aux usagers.

L'exercice financier du 31 décembre 2013 s'est terminé avec des revenus totalisant 466 587 $, une augmentation de plus de 26 000 $ par rapport à l'année précédente.

Acquisitions

*En 2013, la Fondation a participé à des acquisitions d'équipements qui ont nécessité des investissements de plus de 200 000 $ dans plusieurs secteurs de l'établissement soit: l'**urologie, l'obstétrique-gynécologie, l'orthopédie, le bloc opératoire et l'urgence**. Globalement, l'acquisition d'un « Mini C Arm », d'un appareil d'échographie portatif en gynécologie-obstétrique, d'un résectoscope bipolaire et d'un échographe 3D pour mesure vésicale « bladder scan » en urologie ont permis d'améliorer la qualité de vie des usagers de multiples façons, en prévenant les risques d'infection et de complications postopératoires, en permettant une offre de service plus sécuritaire et en réduisant l'exposition aux radiations pour le personnel et les usagers.*

En tant que directrice générale de la Fondation, je tiens à adresser un merci bien spécial à tous les bénévoles qui se sont impliqués de près ou de loin dans les différentes activités de la Fondation ainsi qu'à tous les donateurs qui ont choisi notre cause. C'est votre implication qui permet à la Fondation de poursuivre sa mission, et ce, année après année, et depuis plus de 25 ans!

Membres du conseil d'administration 2012-2013

Daniel Olivier, président	Linda Gaudreault, administratrice
Camil Laforge, vice-président	Maxime Tremblay, administrateur
Jocelyne Boucher, secrétaire	Marie-Karlynn Laflamme, représentante du personnel cadre
Claudette Bouchard, trésorière	Camil Dion, directeur général du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
	D^r^ Guy Harvey, représentant du CMDP, CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

Directrice générale de la Fondation HDA

ANNEXE 2

Liste des membres des comités de bénévoles du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

Nous tenons à remercier sincèrement les personnes suivantes pour leur dévouement et leur implication au sein de notre établissement :

Aline Couillard
Aline Gagné
Aline Plourde
Andrée Gagnon
Annette Côté
Bérangère Leclerc
Berchmans Buteau
Brigitte Lemay
Céline Duchesne
Céline Larouche
Céline Martel
Charlotte Tremblay
Christian Tremblay
Claire Duchesne
Claudette Marchand
Clémence Gobeil
Colette Gaudreault
Colette Lepage
Colette Loiselle
Danielle Rouleau
Danielle Thibeault
Denise Beaumont
Denise Tremblay
Dorys Lesage
Edmond-Louis Bergeron
Estelle Mathieu
Fernand Larouche
Fernand Lavoie
Fleurette Jean
Francine Leclerc
François Turbide
Gaston Boily
Gemma Boily
Georgette Laforest
Gérald Tremblay
Géraldyne Fortin
Gertrude Gaudreault
Gilles Tremblay
Gisèle Collard
Gisèle Fortin
Gisèle Hamel
Gisèle Hamel
Gisèle Morin
Graciette Tremblay
Huguette Duchesne
Huguette Laroche
Huguette Larouche
Huguette St-Pierre
Josée Lemay
Judith Tremblay
Julien Côté
Julienne Gaudreault
Juliette Néron
Katia Dotto
Lise Girard
Lisette Tremblay
Louise Bouchard
Louise Morin
Louise Tremblay
Lucie Lecarme
Lucie Villeneuve
Madeleine Brassard
Marguerite Jean
Martin Tremblay
Michel Tremblay
Monique Martel
Noël Girard
Norma Collard
Normande Savard
Odette Girard
Olivette Bolduc
Pierre Labbé
Rachel Tremblay
Régine Bouchard
Rémi Gaudreault
Rémi Néron
René Hudon
Renée Girard
Robert Ferland
Robert Lachance
Robertine Gaudreault
Roch Harvey
Roland Minier
Rose-Ange Gilbert
Ruth Tremblay
Solange Gauthier
Suzanne Carrière
Suzanne Lepagne
Thérèse Croft
Thérèse Desmeules
Yvon Girard

ANNEXE 3

Liste des membres actifs du CMDP

Département d'anesthésiologie	
D[re] Nadine Bouchard	*Anesthésie*
D[r] François Moreau-Bussière	*Anesthésie*
D[r] Pierre Potvin	*Anesthésie*
D[r] Christian Ricard	*Anesthésie*

Département de biologie médicale	
D[re] Carole Caron	*Anatomopathologie*

Département de chirurgie	
D[re] Marie-Claude Gagnon	*Chirurgie générale*
D[r] Yves Harnois	*Chirurgie générale*
D[r] Carl Pettersen	*Chirurgie générale*
D[r] Rénald Poulin	*Chirurgie générale*
D[r] Marc Carrière	*Ophtalmologie*
D[r] Simon Cantin	*Orthopédie*
D[r] Jean-François Gimaël	*Orthopédie*
D[r] Guy Harvey	*Orthopédie*
D[r] Benoit Laprise	*Orthopédie*
D[r] Marc-André Tremblay	*Orthopédie*
D[r] Jean Robert	*Urologie*

Département d'imagerie médicale	
D[re] Joanne Caya	*Radiologie*
D[re] Marie Gagné	*Radiologie*
D[r] Claude Pineault	*Radiologie*

Département de médecine	
D[r] Gilbert Savard	*Cardiologie*
D[r] François Bouchard	*Dermatologie*
D[r] François Couture-Villeneuve	*Médecine-interne*
D[re] Julie Tremblay	*Médecine interne*
D[re] Stéphanie Tremblay	*Médecine interne*
D[r] Michel P. Gagnon	*Pneumologie*

Département de médecine générale	
D[r] Pierre Bergeron	*Omnipratique*
D[re] Marie-Pier Béchamp-Théberge	*Omnipratique*
D[re] Claude Bouchard	*Omnipratique*
D[r] Myriam Bouchard	*Omnipratique*
D[re] Odette Bouffard	*Omnipratique*
D[r] Marc-Alain Bussière	*Omnipratique*
D[r] Robert Charron	*Omnipratique*
D[r] Robin Côté	*Omnipratique*
D[re] Francine Déry	*Omnipratique*
D[r] Claude Duchaine	*Omnipratique*
D[re] Renée du Tremblay	*Omnipratique*
D[r] Réjean Fleury	*Omnipratique*
D[re] Anne-Marie Foltz	*Omnipratique*
D[r] Luc Fortin	*Omnipratique*
D[r] Marcel Fortin	*Omnipratique*
D[r] Charles Fournier	*Omnipratique*
D[re] Jessica Fournier	*Omnipratique*
D[r] Michel Guay	*Omnipratique*
D[re] Amélie Harvey	*Omnipratique*

Dre Mireille Hébert	*Omnipratique*
Dr Alain Lalonde	*Omnipratique*
Dr Bruno Lamothe	*Omnipratique*
Dre Marie-Ève Langelier	*Omnipratique*
Dre Hélène Lapointe	*Omnipratique*
Dre Renée Larouche	*Omnipratique*
Dr Gaston Mantha	*Omnipratique*
Dre Audrée Marchand	*Omnipratique*
Dre Annie Morel	*Omnipratique*
Dre Lisa Pedneault	*Omnipratique*
Dr François Péloquin	*Omnipratique*
Dre Andrée-Anne Plourde	*Omnipratique*
Dre Marie Samson	*Omnipratique*
Dre Ariane Rodrigue-Verhelst	*Omnipratique*
Dre Marie-Claude Saucier	*Omnipratique*
Dre Maude Saucier	*Omnipratique*
Dre Emmanuelle Tran	*Omnipratique*
Dr Alain Tremblay	*Omnipratique*
Dre Suzanne Tremblay	*Omnipratique*
Dr Bruno Veillette	*Omnipratique*
Dr Guy Verreault	*Omnipratique*
Dre Audrey Villeneuve	*Omnipratique*
Dr Philippe Villemure	*Omnipratique*

Département d'obstétrique	
Dre Denis Fortin	*Gynéco-obstétrique*
Dre Alexandra Gagné	*Gynéco-obstétrique*
Dre Anny Langevin	*Gynéco-obstétrique*
Dre Lucie Rouleau	*Gynéco-obstétrique*
* Dre Claude Bouchard	*Omnipratique*
* Dre Amélie Harvey	*Omnipratique*
* Dre Marie-Claude Saucier	*Omnipratique*
* Dre Maude Saucier	*Omnipratique*

Département de pédiatrie	
Dre Brigitte Carrière	*Pédiatrie*
Dr Dany Harvey	*Pédiatrie*
Dre Joelle Rouillard-Lafond	*Pédiatrie*
Dre Claudyne Rousseau	*Pédiatrie*

Département de psychiatrie	
Dr Luc Cossette	*Psychiatrie*
Dr Gilles Delisle	*Psychiatrie*

Département de pharmacie	
Marie-Pier Bouchard –Dallaire	*Pharmacie*
Jessica Brisson	*Pharmacie*
Stéphane Chiasson	*Pharmacie*
Isabelle Jean	*Pharmacie*
Christine Manfrédi	*Pharmacie*
Barbara Simard	*Pharmacie*
Alexandre Thibeault	*Pharmacie*
Rébecca Têtu	*Pharmacie*

* *Ces médecins sont comptabilisés dans le plan d'effectifs du département de médecine générale*

Total 85

ANNEXE 4

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent Code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration et de l'équipe de direction composée des directeurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leur fonction au Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DÉFINITION

1. « Membre du conseil d'administration » désigne toute personne, incluant le directeur général, qui siège comme membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'elle soit élue ou nommée.
2. « Conflit d'intérêts» désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect du membre du conseil d'administration est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.
3. « Directeur » désigne toute personne composant l'équipe de direction à titre de cadre supérieur ou hors cadre dans l'établissement qu'est le Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise envers le public et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
3. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
4. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
5. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.
6. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
7. Le membre du conseil d'administration s'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.
8. Le membre du conseil d'administration se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
9. Le membre du conseil d'administration fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

A) Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
5. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises ayant conclu ou susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.
6. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
7. Le membre du conseil d'administration adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
8. Le membre du conseil d'administration autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, déclare par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

B) Identification des situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
2. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
3. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
4. Le membre du conseil d'administration s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
5. Cependant, le fait pour ce membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

DEVOIRS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES DIRECTEURS

A) L'équipe de direction et les conflits d'intérêts

1. Le directeur général et les directeurs ne peuvent, et sous peine de déchéance de leur charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel et celui de l'établissement.

   Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'ils y renoncent ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, ils en disposent dans les délais fixés par celui-ci.

2. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les soixante (60) jours suivants leur nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'ils ont dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de la nomination.

3. Le directeur général et tout autre directeur doivent, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général et tout autre directeur ont des intérêts pécuniaires.

4. Le directeur général et tout autre directeur doivent, sous peine de déchéance de leur charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction. Cependant, lorsqu'ils occupent un autre emploi, charge ou fonction, ils doivent produire, dans les soixante (60) jours suivants la désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours, de l'anniversaire de leur nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

B) Biens de l'établissement

1. Le directeur général et tout autre directeur utilisent les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Ils ne peuvent confondre les biens de l'établissement avec les leurs.

C) Avantages ou bénéfices indus

1. Le directeur général et tout autre directeur ne peuvent accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible d'influencer dans l'exercice de leurs fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

   Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

2. Le directeur général et tout autre directeur ne reçoivent aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du salaire et du remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3. Le directeur général et tout autre directeur doivent s'interdire sous peine de déchéance de leur charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

D) Interventions abusives

1. Le directeur général et tout autre directeur s'abstiennent de manoeuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

3. Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

A) Nomination d'un comité d'éthique et de déontologie

1. Un comité formé de trois membres et d'un substitut du conseil d'administration sera nommé par le conseil d'administration pour voir à l'application du présent code.

2. Les membres de ce comité verront entre eux, à se nommer un président.

B) Introduction d'une demande d'enquête

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un membre du conseil d'administration doit être transmise au président du *comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

2. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un membre du conseil d'administration.

C) Examen sommaire

1. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

D) Tenue de l'enquête

1. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

E) Information de l'administrateur concerné

1. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer le membre du conseil d'administration visé, des manquements reprochés, en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, le membre du conseil d'administration a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

F) Transmission du rapport au conseil

1. Lorsque le comité en vient à la conclusion que le membre du conseil d'administration a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

G) Décision

1. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ni à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

2. Les trois membres du comité d'éthique et de déontologie ne peuvent non plus participer aux délibérations ni à la décision.

H) Sanctions

1. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le membre du conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

I) Engagements

1. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque membre du conseil d'administration et de l'équipe de direction doit produire l'engagement contenu à l'Annexe I du présent Code.

2. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

3. De plus, tout membre du comité d'éthique et de déontologie doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code.

Déclarations et suivi au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Pour l'année 2013-2014, aucun manquement n'a été constaté ou suivi par les instances disciplinaires. Par ailleurs, les membres du conseil d'administration ont tous signé le code d'éthique et déclaré leurs sources de conflit d'intérêts, le cas échéant.

Hôpital d'Alma
300, boulevard Champlain Sud
Case postale 1300
Alma (Québec) G8B 5W3
T : 418 669-2000
F : 418 668-9695

Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
1895, route 169
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix (Québec)
G8G 1B4
T : 418 669-2000
F : 418 669-0407

Centre d'hébergement Isidore-Gauthier
5731, avenue du Pont Nord
Alma (Québec) G8E 1W8
T : 418 669-2000
F : 418 669-0352

Centre d'hébergement Le normandie
50, chemin du Foyer Nord
Alma (Québec) G8B 5V6
T : 418 669-2000
F : 418 668-2453

CLSC Secteur-Centre
100, rue St-Joseph Sud
Alma (Québec) G8B 7A6
T : 418 669-2000
F : 418 668-6462

CLSC Secteur-Nord
3815, 3e avenue ouest
L'Ascension (Québec) G0W 1Y0
T : 418 669-2000
F : 418 669-0427

CLSC Secteur-Sud
1895, route 169
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
G8G 1B4
T : 418 669-2000
F : 418 662-3490

Service régional Info-Santé / Info-Social
402, boulevard Champlain Sud
Alma (Québec) G8B 3N8
T : 418 668-2441
F : 418 668-3301

WWW.SANTEALMA.QC.CA